LARISA CIOCHINĂ CONSTANTIN IFTIME

O VIZIUNE ASUPRA VIEȚII

PRO VITA MEDIA

Coperta: Liviu Penea
Tehnoredactare: David Iftime

ISBN: 973-86620-0-1

LARISA CIOCHINĂ CONSTANTIN IFTIME

O VIZIUNE ASUPRA VIEȚII

PRO VITA MEDIA
BUCUREŞTI 2003

Acest volum a fost editat de

Asociația PROVITA MEDIA

Adresa: Bucureşti, Calea Moşilor, nr. 245-249, bl. 49A, sc. A, et. V, ap. 15, sector 2.
Tel: 021/212.33.56
Web-Site: http://www.provita.ro

CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE / 9
CUVÂNTUL AUTORILOR / 11

CAPITOLUL I
1. VIAȚA OMULUI DIN BURTA MAMEI / 13
    1.1 Omul contemporan în favoarea morții / 13
    1.2 Umanitatea copilului nenăscut / 14
    1.3 Concepția / 14
    1.4 Embrionul, înainte de nidare / 16
    1.5 Nidarea / 17
    1.6 Limita cercetărilor distructive pe embrion / 18
    1.7 Limita avortului la cerere în România / 20
2. DUREREA FĂTULUI / 22
3. MEMORIA FĂTULUI / 24
4. SĂNĂTATEA COPIILOR NENĂSCUȚI / 26
5. NAŞTERILE PREMATURE / 28

CAPITOLUL II
1. PROBLEMELE AVORTULUI / 33
    1.1 Evaluarea avortului în lume / 33
    1.2 Evaluarea avortului în România / 34
    1.3 Mentalități abortive / 37
    1.4 Motivațiile avortului / 39
    1.5 Motivele socio-economice / 40
    1.6 Mortalitatea maternă cauzată de avort / 41
    1.7 Populația României scade vertiginos / 43
    1.8 Sprijinul guvernului / 45
    1.9 Poziția partidelor politice / 46
    1.10 Reacția medicilor ginecologi / 48
2. MODELUL POLONIEI / 49
3. TEHNICI DE AVORT / 53
    3.1 Dilatația şi aspirația / 54
    3.2 Dilatația şi chiuretajul / 55
    3.3 Alte metode de avort tardiv / 56
    3.3.1 Prostaglandinele / 56

3.3.2 Avortul prin instilații sau diverse soluții / 56
3.3.3 Histerotomia / 56
3.3.4 Histerectomia / 56
3.3.5 RU-486 / 56

CAPITOLUL III
1. CONTRACEPȚIA / 59
1.1 Utilizarea contraceptivelor în România / 59
1.2 Metodele abortive de contracepție / 61
1.2.1 Contracepția de urgență / 61
1.2.1.1 Pilulele „de a doua zi“ / 61
1.2.1.2 Dispozitivele intrauterine / 63
1.2.2 Pilule contraceptive orale / 63
1.2.3 Implanturile subdermice / 64
1.2.4 Injecțiile pentru controlul naşterii / 65
1.2.5 Vaccinurile / 65
1.3 Sursele contraceptivelor / 65
1.4 Promovarea agresivă a contracepției abortive / 66
1.5 Utilizarea contracepției în România / 67
1.6 Efectele nefaste ale contracepției hormonale / 68

CAPITOLUL IV
1. FERTILIZAREA ARTIFICIALĂ / 73
1.1 Inseminarea intracorporală / 74
1.2 Probleme de natură etică la inseminarea intracorporală / 74
1.3 Fertilizarea *in vitro* / 75
1.4 Probleme de natură etică la fertilizarea *in vitro* / 76
1.5 Fecundarea intraspecifică / 79
1.7 Legi, mentalități privind experimentul pe embrion / 80
2. INGINERIA GENETICĂ / 83
3. CLONAREA / 84
3.1 Clonarea umană / 85
3.2 Celulele stem / 87
3.3 Probleme de natură etică la clonare / 88
4. DIAGNOSTICUL PRENATAL / 90
5. HANDICAPUL / 91

CAPITOLUL V
1. PERSPECTIVE RELIGIOASE / 95
1.1 Concepția creştină despre viață / 95
1.2 Trup, suflet şi sexualitate / 95
1.3 Viziunea creştină asupra avortului / 96

2. POZIȚIA BISERICILOR CREȘTINE ȘI CULTELOR DIN ROMÂNIA
2.1 Poziția Bisericii Ortodoxe Române / 97
2.2 Poziția Bisericii Romano-Catolice / 99
2.3 Biserica Română Unită cu Roma / 102
2.4 Cultul creștin Biserica Evanghelică Română /102
2.5 Federația Comunității Evreiești din România / 103
2.6 Cultul Musulman / 104
2.7 Creștinii cu poziții echivoce / 105

CAPITOLUL VI
1. LEGEA AVORTULUI ÎN LUME / 107
1.1 Tradiție / 107
1.2 Problema avorturilor clandestine / 109
1.3 Avortul terapeutic / 110
1.4 Alte motive / 110
2. LEGISLAȚIA AVORTULUI ÎN ROMÂNIA / 111

CAPITOLUL VII
EȘECUL POLITICILOR DEMOGRAFICE COMUNISTE / 115
1. Legislația avortului / 115
2. Statutul femeii / 117
3. Sprijinul statului / 118
4. Instituționalizarea copiilor / 121
5. Degradarea stării de sănătate / 124

CAPITOLUL VIII
PROBLEMELE FAMILIEI ROMÂNEȘTI / 127
1. Tendințe în lumea contemporană / 127
2. Evoluția familiei românești în secolul XX / 129
3. Noile mentalități și interesul scăzut pentru copii / 131
4. Divorțul / 134
5. Sărăcia / 137
6. Starea de sănătate / 138
6.1 Controlul ginecologic și mamar / 139
6.2 Consumul de tutun / 139
6.3 Consumul de alcool / 141

CAPITOLUL IX
1. CONSECINȚELE AVORTULUI / 143
1.1 Pericolele imediate asupra sănătății fizice / 143
1.2 Consecințe pe termen lung / 146
1.3 Pericolele asupra sănătății psihice / 150
1.3.1 Consilierea / 150

1.3.2 Sindromul post-avort / 153
1.3.3 Vină şi negare / 154
1.3.4 Repercusiunile avortului asupra celorlalţi membri ai familiei şi asupra medicilor / 155
1.4 Bolile cu transmitere sexuală / 157
1.4.1 Epidemia de sifilis / 157
1.4.2 HIV-SIDA / 158
1.4.3 Controlul deficitar al bolilor cu transmitere sexuală / 160
1.5 Educaţia sexuală în familie şi în şcoală / 161
1.5.1 Rolul familiei asupra comportamentelor sexuale ale copiilor / 165
1.5.2 Educaţia sexuală prin promovarea abstinenţei / 166
2. EUTANASIA / 168
2.1 Eutanasia şi avortul / 169
2.2 Eutanasia în România / 172

CAPITOLUL X
ORGANIZAŢIILE PRO-VITA / 175
1. Promotorii mişcării pro-vita / 175
2. Diferenţele de viziune / 177
3. Centrele de consiliere şi alte tipuri de activităţi pro-vita / 179
4. Perspectivele / 182

ANEXĂ / 185
BIBLIOGRAFIE / 187
Summary / 193

Cuvânt înainte

*Sunt onorat să prezint volumul **O viziune asupra vieții**. Avortul reprezintă cel mai mare pericol pentru pacea de astăzi, căci el distruge vieți inocente, încă din uter, perverteşte inocența tinerelor mame însărcinate şi distruge morala celor care îl produc. Am lucrat în România cu copii deveniți orfani pentru că, în țara lor, avortul şi contracepția a fost interzisă, înainte de 1990. Am lucrat cu călugărițele Maicii Tereza pentru săracii din Calcuta, India. Cred că sărăcia spirituală a celor care îşi asumă "dreptul de a alege" să omoare copii prin avort este mult mai cumplită decât cea a orfanilor români. Găsesc că necugetarea celor care cred în uciderea copiilor prin avort este cu mult mai cruntă decât cea a oamenilor din Calcuta, care s-au încumetat să-şi orbească copiii la naştere, cu spițe de la bicicletă, pentru a-i transforma în cerşetori. Nu poate exista nici un drept care să justifice decizia unui om de a ucide o ființă umană, cu atât mai mult un copil, care trebuie în special îngrijit de societate şi protejat de lege.*

Avortul trebuie să fie înțeles ca o cale care duce întotdeauna la moartea unui om, a unui copil inocent şi neajutorat. Avortul de asemenea afectează foarte adesea atât viața emoțională a mamei, cât şi viața altor oameni din familia ei. Omorârea copiilor prin avort macină conştiința medicilor care practică avorturile. În aceeaşi situație se află şi oamenii politici, care au manifestat indulgență sau au aprobat chiar asemenea fapte care slăbesc morala unei comunități. Avortul pune în pericol viața celor care constituie viitorul societății noastre, ceea ce ne afectează şi ne distruge sufletele noastre, ale celor rămaşi în urmă, ale celor care îngăduim această stare de fapt.

Din momentul în care o societate acceptă forme de control al naşterilor, cum ar fi contracepția de urgență, care acționează prin distrugerea copilului chiar din momentul concepției sale, este firesc să accepte omorârea copiilor prin avort. Chiar şi cei care favorizează avortul şi contracepția în Marea Britanie susțin în mod public că un mai mare acces la contracepție duce la apariția unui număr mai mare de avorturi. Ca să salvăm viața copiilor care nu s-au născut încă, trebuie să punem stavilă contracepției. Maica Tereza, deținătoare a Premiului Nobel pentru Pace, a spus: „Răspunsul la suprapopulație este planificarea familială naturală, nu contracepția". Regret foarte mult atitudinea guvernelor britanice de a susține financiar avortul şi contracepția pentru controlul populației în China. În realitate, pe calea avortului şi a contracepției s-a ajuns, astăzi în lume, la o criză demografică, ceea ce face ca să existe prea puțină populație tânără capabilă să susțină generațiile îmbătrânite.

Pentru a salva viaţa copiilor, a proteja viaţa familiilor noastre, a construi viitorul lumii, trebuie să stopăm avortul şi contracepţia. Sper ca volumul ***O viziune asupra vieţii*** *va contribui la salvarea copiilor nenăscuţi în România şi în alte părţi. Cartea de faţă reprezintă un studiu amplu privind situaţia din România şi descrie mijloacele prin care sunt omorâţi milioane de copii nenăscuţi. De asemenea, volumul pune cât mai mult în lumină ideea umanităţii copilului din momentul concepţiei, prezintă punctele de vedere ale bisericilor creştine şi ale altor religii, ale partidelor politice şi ale multor organizaţii pro-vita din România face o scurtă analiză a politicilor guvernelor înainte şi după 1990 (1990 a fost anul când guvernul post-comunist a liberalizat avorturile) şi atrage atenţia asupra consecinţelor avortului asupra femeilor, în contextul existenţei multor probleme în familiile româneşti.*

Societatea pentru Protecţia Copiilor Nenăscuţi (The Society for the Protection of Unborn Children, SPUC) din Londra îi felicită pe autori pentru toată munca lor de cercetare şi editare a volumului ***O viziune asupra vieţii****. Organizaţia noastră apreciază faptul că volumul „A Way of Life", care prezintă pericolele avortului din Irlanda de Nord, le-a oferit atât un model de lucru, cât şi multe informaţii, care i-au ajutat pe aceşti doi jurnalişti să ducă la capăt această cercetare jurnalistică. SPUC este angajată în cooperarea cu alte organizaţii şi persoane individuale, care activează la nivel internaţional în apărarea vieţii, fie la Naţiunile Unite, fie în Parlamentul European. Îi felicităm pe cei doi jurnalişti pentru decizia de înfiinţa o organizaţie provita în România şi le urăm succes în activităţile lor de apărare a vieţii şi a familiei în România, în următorii ani.*

Să ne rugăm pentru stoparea avortului şi contracepţiei în lume. Nu putem să înfruntăm acest rău, doar prin puterea noastră, ci şi prin iertarea uciderii celor nevinovaţi, cu mila lui Dumnezeu.

William Jolliffe, secretarul filialei Chelsea a Societăţii pentru Protecţia Copiilor Nenăscuţi, Londra

Cuvântul autorilor

Autorii mărturisesc că apariția acestui volum nu putea fi posibilă, fără existența unor conjuncturi favorabile, în care un rol important l-a avut William Jolliffe. Ideile, informațiile primite de-a lungul câtorva zeci de întâlniri, pe parcursul câtorva ani buni, le-au consolidat părerile şi intențiile. Iar sprijinul acordat, de acest bun prieten, când i-a fost solicitat, a avut un rol decisiv. În cele din urmă, structura cărții şi mesajele de bază au fost definitivate, după lectura volumului „A Way of Life", editat şi publicat de Societatea pentru Protecția Copiilor Nenăscuți din Londra, în martie 2002.

La realizarea analizelor, cei doi ziariști au folosit o gamă largă de materiale şi informații specifice, adunate fie prin anchete jurnalistice, fie din lectura unor cărți de specialitate. Concluziile şi ideile au fost formulate, ținându-se cont de surse cât mai credibile. Mai trebuie de menționat faptul că terenul pe care s-au aflat autorii (literatura specifică, bazele de date, sursele de informații) continuă să fie încă destul de mişcător şi plin de capcane. Din nefericire, conceptele pro-vita au o susținere minoritară în societatea românească, marcată de traumele ateismului, ce uşurează punerea în scenă a multor acte de manipulare a opiniei publice. Campaniile de promovare a „metodelor de control al naşterilor", în loc să stingă drama avortului, care face zeci de milioane de morți, toarnă gaz pe foc sexualității, şubrezind omul în zonele lui cele mai profunde: relația cu Dumnezeu şi grija pentru sufletele nepătate ale acestei lumi, adică grija pentru copii.

Se spune, sunt tot mai multe avorturi şi boli cu transmitere sexuală pentru că lumea nu cunoaşte bine metodele „moderne" de contracepție. Aceste cinice sfidări se cuvine a fi dezamorsate. Marile drame ale copiilor nenăscuți pornesc tocmai de la aceste manipulări şi de la neştiința ce duce la căderea spirituală şi morală a omului.

Prin alegerea acestui titlu, „O viziune asupra vieții", autorii au vrut să arate în mod explicit că analizele lor jurnalistice sunt dominate de viziunea creştină. Pentru cei cu credință în Dumnezeu, copilul, născut sau nenăscut, reprezintă un dar divin, iar viața omului trebuie prețuită mai presus de orice.

Cartea se adresează mai ales celor care pot să contribuie la schimbarea mentalităților. Argumentele, necesare celor care s-ar pune în slujba unor asemenea activități nobile, au fost construite, pornind de la date cât mai concrete. Au fost cercetate, în acest scop, zone diverse ale societății româneşti, cu instrumentele jurnalistului, folosite în mod corect şi onest. Eventualele greşeli sau interpretări eronate pot fi puse pe seama fie a golului de informații, ca fenomen specific ce

bântuie instituțiile noastre aflate în fază de construcție, fie a presiunilor prea mari, create de tendințele desacralizării actului sexual şi ale destrămării vieții omului în general.

Autorii aşteaptă observațiile cititorilor, cu promisiunea că vor ține seama de ele, la redactarea viitoarei ediții.

1. VIAȚA OMULUI DIN BURTA MAMEI

1.1 Omul contemporan în favoarea morții

Respectarea principiilor vieții este una dintre cele mai dezbătute probleme ale lumii de astăzi. Omul contemporan, urmare a slăbirii încrederii în ființa sa înalt spirituală şi a acceptării unei vieți dominate de comoditate, limitată la procurarea de satisfacții materiale, manifestă o anumită înclinație în favoarea morții. Viața, a cărei taină nu poate fi pătrunsă, nu mai este înțeleasă ca un dar divin. Omul decăzut din această mare credință îşi lasă rațiunea dominată de preceptele morții şi acceptă soluțiile cele mai uşoare. Nevoile, greutățile specifice unei vieți, luminate de spirit, îl sperie. El vrea „confort şi binefacere". „Răpus de nevoi, omul emană spiritualitate. Satisfăcut de confort şi binefaceri, omul se reduce pe nesimțite la animalitate. Nu este animalitatea sălbatică şi agresivă cu care ne-a obişnuit literatura detracaților, obsedaților, degeneraților, bolnavilor şi anormalilor. Nu. Este animalitatea calmă, politicoasă, agreabilă, profundă în ireversibilitatea ei, superficială în psihologia şi nevoile sale – animalitatea domestică şi generoasă pe care încă literații nu au descris-o. Noul duşman al umanității nu mai este, ca în trecut, bestialitatea barbarului, ci docilitatea blândă şi tâmpă a acelor animale domestice care reprezintă adevăratul tip omenesc (inuman, fireşte) pe care îl produce şi reproduce civilizația noastră exclusiv comoditară şi arogant materialistă".[1]

Mergând în răspărul condiției sale, acceptând soluții nedemne, minimalizatoare, omul a instituționalizat indiferența şi disprețul față de viață. Deja au prins rădăcini câteva mentalități care decurg din aceste tendințe, mentalități ce au dus la constituirea unor structuri sociale. Cel mai evident semn al instalării culturii morții, la aceste dimensiuni, îl constituie banalizarea actuală a avortului. Acest act brutal care, în toată istoria sa, a fost considerat o crimă gravă, se insinuează în societate sub forme rafinate (în practica juridică, până în anii '60, embrionul a fost tratat şi considerat ființă umană, protejată de stat). El hrăneşte mituri false, care adâncesc dezechilibrele societății şi diminuează potențialul solidarității umane. Copilul, astfel, a devenit un obstacol în calea fericirii mamei şi a tatălui, iar conceptul de „emancipare a femeii" se întemeiază pe cel al „sacrificării copilului". Aceste crize, care se manifestă deja în plan social, nu pot fi înlăturate dacă omul nu-şi asumă

[1] Patapievici, Horia-Roman, *Omul recent*, Bucureşti, Editura Humanitas, 2001, p.136-137

sacralitatea naşterii sale. Ivirea sa pe lume, nedezlegată încă de raţiunea umană, nu poate fi înţeleasă decât prin intervenţia lui Dumnezeu.

1.2 Umanitatea copilului nenăscut

Naşterea unui copil constituie un eveniment însemnat în viaţa omului. Acest act, încărcat de o bogată mitologie culturală, nu poate explica începutul vieţii omului. Taina începutului vieţii nu a fost pătrunsă de ştiinţe. Progresul lor, însă, a adus multe detalii edificatoare, ce întăresc aspectul sacru al vieţii. Genetica arată că, din primele momente ale evoluţiei proceselor biochimice, ce se declanşează după actul conceperii, embrionului i se incumbă o structură cu o bogăţie de date cu nimic mai prejos decât cea a omului matur. Cuvintele proorocilor, care mărturisesc prezenţa lui Dumnezeu la concepere, conţin acelaşi mesaj ca şi cel al geneticienilor. Tehnologia modernă a permis studierea comportamentului individual al copilului în uter. Caracteristicile fătului au aceeaşi pregnanţă ca şi cele ale copilului deja născut. Toate etapele evoluţiei intrauterine constituie nu etapele oricărei fiinţe, ci ale uneia înzestrate cu suflet raţional. Ştiinţa a scos în evidenţă caracterul continuu, programat al procesului de dezvoltare a embrionului, începând de la primele sale stadii. Nu există o diferenţă substanţială între zigot, forma de viaţă căpătată imediat după concepţie, şi nou-născut. Datele biologiei ne permit astăzi să constatăm că fiinţa umană îşi începe ciclul vital de la forma zigotului, de la fuziunea gameţilor, fiind acelaşi individ biologic cu adultul de mai târziu. Desigur, datele oferite de biologie nu permit afirmarea naturii umane, căci aceasta implică prezenţa spiritului, care încarnează fiinţa umană. Atât religia, cât şi filozofia arată că persoana umană are, în acelaşi timp, o parte spirituală şi una corporală. Corpul reprezintă condiţia indispensabilă ca omul să aibă viaţă proprie în lume. Inseparabilitatea spiritului de corp arată că începutul fiinţei umane coincide cu începutul evoluţiei individului uman.

De altfel, investigaţiile geneticii au impus răspunsuri ca cele oferite de religie şi filozofie, arătând că, de la concepere, omul a primit toată zestrea genetică. Acest fapt întăreşte concluzia că embrionul este o persoană umană şi justifică aprecierile privind asigurarea demnităţii şi inviolabilităţii lui. Viaţa umană începe în momentul concepţiei, în momentul când oul este fecundat. Atunci începe o nouă viaţă, care nu este nici a tatălui, nici a mamei. Ia naştere o fiinţă umană, care se dezvoltă separat, care trebuie să se bucure de demnitate şi să-i fie asigurate drepturile ce decurg de aici.

1.3 Concepţia

Viaţa omului din burta mamei a rămas un capitol mai puţin cunoscut din procesul dezvoltării umane. Oamenii în general nu cunosc îndeajuns ce se întâmplă în perioada de dinainte de naştere. Embrionul sau fătul rămân în continuare entităţi

neprecizate, deşi studiile arată că, în uter, ei au acelaşi comportament individual ca şi copiii sau adulţii. Sir William Liley, primul doctor care a efectuat transfuzia de sânge la un făt, observa cu candoare: „După naştere, vedem mulţi copii dormind în poziţii ciudate. De fapt, în timpul odihnei, ei caută aceleaşi poziţii din uter. Cei care îşi sug degetul în uter, sunt mâncăcioşi după aceea. Cei care sunt leneşi în uter, sunt leneşi şi când se nasc."[2]

Caracteristicile comportamentale distincte apar imediat după concepţie. Copilul în aceste momente nu este numai o masă pasivă de protoplasmă şi sânge. În uter, el se dovedeşte a fi foarte activ, căutând să se orienteze astfel încât să aibă o dezvoltare cât mai bună. „Cu câţiva ani în urmă, pe când administram un anestezic, într-o ruptură de trompe, într-o sarcină (la 2 luni), mi s-a întâmplat să văd cea mai mică fiinţă umană pe care am putut-o vedea vreodată. În interiorul sacului embrionar, care era intact şi transparent, se distingea un bărbat minuscul înotând foarte viguros în lichidul amniotic. Fiinţa micuţă, perfect dezvoltată, cu degete lungi la mâini şi picioare, avea pielea aproape transparentă, vene şi artere delicate pronunţate la extremităţi. Bebeluşul era extrem de agil şi nu arăta deloc ca acele fotografii şi desene ale embrionilor din cărţi. Când sacul a fost deschis, fiinţa minusculă a rămas fără viaţă, arătând la fel ca oricare alt embrion la această vârstă, cu extremităţi nefinisate şi inerte."[3]

Ne-am obişnuit să percepem mama şi copilul ca fiind aceeaşi entitate. Trebuie, însă, să-i înţelegem ca pe două persoane separate, chiar din perioada prenatală, pornind de la argumentul oferit de medicii embriologi, care subliniază că cei doi au fluxuri de sânge diferite. „Toţi părinţii trebuie să ştie că fiinţa pe care au conceput-o împreună este autonomă, că are dreptul să trăiască o viaţă numai a ei, care nu este nici a tatălui, nici a mamei, ci propria sa viaţă, care începe să se dezvolte *in utero*. Părinţii trebuie să fie gata să însoţească dezvoltarea copilului care le-a fost dăruit încă din momentul conceperii, trebuie să-i fie alături pe acest drum... să-l călăuzească, atâta tot."[4]

Copilul, e adevărat, în această fază, are o relaţie specială cu mama sa. Acest fapt îi asigură întreg suportul vital, necesar pentru a evolua în uter şi a se naşte. „Dacă un bărbat şi o femeie au raporturi sexuale, aceştia trebuie să-şi ia asupra lor şi responsabilitatea sarcinii, când aceasta apare. Scopul cel mai important este să-i protejăm pe inocenţi, pe cei care nu se pot apăra singuri. O dată ce o femeie devine însărcinată, fătul este o fiinţă totală separată, distinctă şi unică, nu este o parte a corpului său decât în ceea ce priveşte alimentaţia şi siguranţa." [5]

---

[2] *Apud A Way of Life*, *Affirming a pro-life culture in Northern Ireland,* The Society for the Protection of Unborn Children, ed.2, martie 2002, p.3

[3] Dr. Rockwell, Paul E., http://www.prolife.com/FETALDEV.html

[4] Martino, Bernard, *Bebeluşul este o persoană. Povestea minunată a nou-născutului*, Bucureşti, Humanitas, 2002, p.61

[5] Grady, John, *Abortion Yes or No?*, Rockfor, Illinois, Tan Books and Publishers, Inc, 1967, p.18

Şi naşterea pune în evidenţă relaţia aparte dintre mamă şi copil. Când copilul abia poate respira şi plânge, ar muri, dacă nu ar exista cineva, care să-i ofere sprijinul necesar. Mama reprezintă într-adevăr suportul fundamental, care asigură viaţa copilului în timpul sarcinii şi după naştere. Dar toţi cei care îl îngrijesc după naştere se află în acest rol, cel de a-i asigura o protecţie vitală, ceea ce nu înseamnă că importanţa ajutorului lor ar anula personalitatea copilului, născut sau nenăscut.

Dreptul la viaţă al copilului nenăscut trebuie să prevaleze asupra dorinţelor celor care vor să-l distrugă, indiferent de motivele acestor dorinţe.

1.4 Embrionul, înainte de nidare

Primul fragment din evoluţia omului a rămas aproape necunoscut. Dacă perioada de dinainte de naştere ar fi bine cunoscută, cu datele pe care ni le oferă geneticienii, embriologii şi medicii ginecologi, acest timp ar fi comparabil cu cel al marilor evenimente ce urmează după naşterea omului.

Este greu să ne închipuim, cu deprinderile culturale de astăzi, corpul uman alcătuit dintr-o mulţime redusă de celule. Istoria fiecărui om începe în momentul în care două celule, care conţin câte un nucleu şi care au câte un număr egal de cromozomi (23), vor fuziona. Spermatozoidul şi ovulul, cele două celule embrionare, se unesc într-o singură celulă, în timpul concepţiei. Viaţa umană începe în momentul în care celula de la tată fecundează ovulul mamei. Ovulul, cea mai mare celulă din corpul femeii, când se află la maturitate, întâlneşte spermatozoidul, cea mai mică celulă din organismul bărbatului, în trompa uterină. Secretat în perioada ovulaţiei de glandele feminine, ovulul este împins spre trompa uterină, unde se va menţine în stare activă timp de 24 de ore. Spermatozoizii, ca să ajungă în acest loc, au de străbătut colul uterin, îngroşat de un mucus consistent. În perioada fertilă, acest strat se subţiază, ca să uşureze urcuşul minusculilor spermatozoizi. Mişcările contractile, ca ale unei pompe peristaltice, determină accelerarea deplasării, astfel că, în câteva zeci de minute, câteva sute de spermatozoizi (în medie, 200-300) ajung la locul de întâlnire. O singură celulă bărbătească va sparge membrana ovulului matur. În puţine cazuri, pătrund doi spermatozoizi în citoplasmă (mediul lichid, în care înoată nucleul feminin).

Imediat după acest eveniment al conceperii propriu-zise, învelişul oului se întăreşte brusc, proces determinat de alte enzime, puse la dispoziţie de intrus. Schimbările din citoplasmă declanşează unirea celor două nuclee într-unul singur, cu un număr dublu de cromozomi, ajungându-se la cantitatea normală de ADN (46 de cromozomi), în următoarele 12 ore. Ca într-un calculator redus la scara micronilor, începe desfăşurarea programului de stabilire a sexului genetic şi a caracterelor ereditare.

Spermatozoizii din sperma pompată în trompa uterină au la dispoziţie aproape 7 ore ca să erodeze, cu ajutorul enzimelor, peretele extern al ovulului. Cel care a pătruns îşi pierde coada şi îi creşte rapid capul. Zigotul, celula-ou, mai mică decât un

bob de mac, este legată genetic de ambii părinți, dar se distinge de aceştia, căci are o individualitate distinctă din punct de vedere genetic. Structura ADN-ului, într-o formulă unică, are un statut valoric echivalent cu cel al unei persoane umane. Materialul genetic conține toate caracteristicile dezvoltării somatice ulterioare, ceea ce permite profilarea nu numai a genului, dar şi a constituției sistemului osos şi a celui nervos, a caracteristicilor faciale, a culorii ochilor. E drept, coerență, distincție şi individualitate în exces nu există, dar procesul evoluției biologice are formele trasate prin datele genetice.

Jean Daussat, cunoscut genetician francez, carcaterizează astfel condiția de unicat a embrionului: „Nu a fost şi nici nu vor fi vreodată pe pământ, cu excepția gemenilor adevărați, doi oameni egali din punct de vedere genetic". Iar doctorul Robert Edwards a descris-o astfel pe Louise Brown, primul copil născut în laborator: „Am văzut-o ultima dată când însemna doar 8 celule într-o eprubetă. Mi s-a părut minunată atunci, cum este şi acum."[6]

La 30 de ore după concepție, începe un şir lung de divizări şi diferențieri, „program" care se încheie după 4 zile. Fisiunea, cum spun embriologii, duce la crearea de celule identice, întâi două, apoi patru, opt, şaisprezece, treizeci şi două etc. În stadiul de adult, organismul se compune din aproape 20 milioane de celule. Când divizarea ajunge la 12-16 celule (stadiul de „blastocist" sau, mai explicit, de „vlăstar"), embrionul seamănă cu un ciorchine sau cu o mură, de aceea a fost botezat *morula* (în latină, „dudă"). Acest ghem de celule, de aceeaşi dimensiune cu zigotul, a ajuns, din trompă, la intrarea în uter. Deplasarea sa a fost determinată mai ales de mişcările ondulatorii ale trompei. Lichidul vâscos, secretat de pereții plini de cili ai trompei, se va infiltra în spațiile libere ale boabelor ciorchinelui, adică ale blastomerilor.

Până să ajungă în uter, unde se va fixa, la periferie se profilează un strat distinct, care, pe măsură ce *morula* se apropie de uter, devine tot mai poros, micile denivelări dând naştere la o mulțime de vilozități, ca un puf de găină la scara micronilor. După trei zile, blastocistul, adică *morula* cu celule stratificate, ajunge în uter, unde poate rătăci o zi, chiar două, căutându-şi un loc bun pentru cuibărire (nidare).

Implantarea are loc la aproape 6 zile de la concepție. În acest răstimp, endometrul, peretele uterului, se umflă, ca un burete, fiind bine irigat de umori şi sânge.

1.5 Nidarea

Blastocistul se opreşte, de obicei, într-un loc unde tonusul muscular este mai scăzut, spre fundul sacului uterin. Între embrion şi trupul mamei are loc primul dialog (timp de două ore) prin care îşi confirmă reciproc soluțiile hotărâtoare. În acest moment, ghemul de celule are la suprafața sa un covor de vilozități, care

[6] *Apud A Way of Life,* p.4

secretă în permanenţă enzime de protecţie. Când organismul mamei şi embrionul au căzut de acord asupra locului formării cuibului, secreţia cililor devine mai abundentă, iar concentraţia enzimelor se amplifică. Mucoasa permeabilă se erodează sub embrion, iar acesta, ajutat de vilozităţi şi secreţii, rupe ţesuturile glandelor şi pereţii capilarelor. Blastocistul se scaldă într-o baie de sânge. Endometrul ţese, după aceea, peste embrion, o plasă de epitelii, până îl va acoperi complet. La sfârşitul săptămânii a doua, blastocistul are deja 3 straturi, din cel periferic urmând să se dezvolte placenta.

1.6 Limita cercetărilor distructive pe embrion

Pentru foarte mulţi oameni de ştiinţă, încheierea nidaţiei la 14 zile constituie momentul începutului individualizării fiinţei umane. Stratificarea celulelor constituie semnul că celulele germinative se transformă în celule somatice diferenţiate, din fiecare urmând să se dezvolte, pe parcursul următoarelor săptămâni, mugurii organelor vitale. Raportul Warnock (Marea Britanie), făcut public în 1984, care cuprinde concluziile Comisiei Warnock, a impus această etapizare în evoluţia dezvoltării umane, fapt care a dat curs liber cercetărilor distructive pe embrionul uman.

Geneticienii creştini subliniază ideea evoluţiei vieţii sub forma unui proces continuu, pornind de la momentul fecundaţiei. Robert Debré este de părere că „aportul recent al biologiei ne-a învăţat că adevărata naştere corespunde fecundaţiei. Noi considerăm că fiinţa umană, pe cale de dezvoltare, suferă un proces continuu şi că nu există nici un moment în care să se poată spune că nu este om în devenire. Orice fiinţă umană începe cu o celulă unică. Viaţa umană începe cu celula fecundată. Nu există nici o etapă în care să ai dreptul să o opreşti."[7] Aceeaşi idee o afirmă şi Jérôme Lejeune, cunoscut om de ştiinţă francez: „Înainte de embrion, există numai spermatozoidul şi ovulul. Când ovulul e fecundat de spermatozoid, se obţine zigotul. Iar când zigotul se divide, devine embrion... După conceperea sa, un om e un om."[8]

După nidare, hrana şi oxigenul din sângele mamei trec în sângele copilului. Cu timpul, blastocistul va pierde vilozităţile de la exterior, şi suprafaţa sa, în a doua lună, ajunge să fie netedă. Doar în zona mai profundă aceste franjuri se păstrează, alungindu-se, ca nişte rădăcini, în ţesutul matern, dând naştere, în final, placentei. Placenta, care realizează legătura dintre embrion şi ţesutul matern, face totuşi ca sângele mamei şi al embrionului să nu se amestece. În această perioadă, are loc intensificarea „dialogului" dintre organismul mamei şi embrion. Mama îşi creează imunitatea la acest „corp străin", iar embrionul începe să emită „semnale" mai

[7] *Apud* Astărăstoae, Vasile, Trif, Almoş Bela, *Essentialia in bioetica*, Iaşi, Editura Cantes, 1998, p.99
[8] *Apud* Pr. Dumea, Claudiu, *Omul între „a fi" şi „a nu fi"*, Bucureşti, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, 1998, p.62

concludente în organismul mamei. În felul acesta, el declanşează producerea unor hormoni în organismul matern, oprind menstruaţia.

În structura embrionului, celulele intră într-un proces rapid de diferenţiere. Unele migrează, altele îşi schimbă poziţia, iar cele mai multe se dispun pe straturi din ce în ce mai distincte. La sfârşitul săptămânii a treia se definitivează al treilea strat. Din aceste straturi, vor „înmuguri" aproape toate organele vitale.

Copilul nenăscut are cel mai rapid ritm de creştere din evoluţia omului. Pornind de la zigot, care are un diametru de aproape 0,2 mm, la 21 de zile, embrionul atinge o lungime de 2 mm şi o greutate de 1 gr. După 28 de zile, zilnic, se va lungi cu 1 mm. De altfel, medicii pot stabili mărimea sarcinii după lungimea embrionului, astfel: 4 mm – 4 săptămâni, 8 mm – 5 săptămâni, 14 mm – 6 săptămâni, 20 mm – 7 săptămâni, 30 mm – 8 săptămâni. Ritmul creşterii se va domoli, începând cu săptămâna a 9-a, când embriologii consideră că organismul fiinţei nenăscute trece într-o fază nouă de dezvoltare, când aproape toate organele s-au diferenţiat. În literatura de specialitate, el este botezat „făt", iar vârsta îi va fi cuantificată în săptămâni. După prima lună de la naştere, până la doi ani, aceasta se va calcula în luni.

Săptămâna a treia. Se conturează tubul neural. La sfârşitul acestei săptămâni, embrionul are o lungime de aproape 2 mm şi o lăţime de 4 mm. I se profilează reţeaua vasculară şi au loc primele schimburi între sângele embrionului şi cel matern. Începe deci formarea şirei spinării şi a canalului vertebral, constituite din circa 5-6 vertebre.

Săptămâna a patra. Embrionul capătă formă de arc. Capul, cu mugurii feţei, se distinge net de restul corpului. William Liley observa chiar: „La 30 de zile sau la 2 săptămâni după ce mamei nu i-a venit ciclul, copilul are un creier uman, care seamănă cu cel al adultului. Mai are ochi, urechi, gură, rinichi, ficat şi, bineînţeles, un cordon ombilical şi o inimă care pompează sângele."[9] În structura embrionului se disting, ca nişte dunguliţe, oasele, în special vertebrele şi coastele. Înainte ca mama să ştie că este însărcinată, inima copilului începe să bată, pompând cantităţi din ce în ce mai mari de sânge în sistemul circulator. Placenta, ca o adevărată barieră, opreşte sângele mamei, dar permite hranei şi oxigenului să treacă în embrion. Tot la această vârstă încep să se vadă mugurii membrelor, braţe şi picioare.

Săptămâna a cincea. Se accentuează desenul feţei, la nivelul căreia se situează cavităţile gurii şi nasului. Ochii se închid la culoare, iar urechile se detaşează ca două virgule. I se dezvoltă, de asemenea, toracele şi abdomenul, iar la extremităţile mâinilor şi picioarelor se conturează degetele. Încep să se distingă câteva organe interne, intestinele, pancreasul şi ficatul, care, până la sfârşitul săptămânii a 8-a, vor căpăta forme definitive.

Săptămâna a şasea. Embrionul se află într-o poziţie ghemuită, cu capul aplecat spre picioare. I se accentuează conturul gurii, i se schiţează desenul nărilor, apar

[9] *Apud A Way of Life*, p.4

formele bărbiei, iar gâtul desparte capul de trunchi. Începând cu cea de-a **40-a zi**, se pot înregistra undele cerebrale cu ajutorul electroencefalogramei. Creierul coordonează diferite mişcări ale muşchilor şi ale celorlalte organe diferenţiate. În a şaptea săptămână, mamei ar trebui să-i vină a doua oară ciclul, dar ea începe să simtă mişcările spontane ale embrionului, care pot fi văzute cu ajutorul ecografului. La început, aceste mişcări par nişte tresăriri ale vaselor de sânge, nu au amplitudine.

Odată cu dezvoltarea sistemelor muscular şi osos, embrionul e capabil de mişcări specific umane. Sare, face tumbe, îşi duce mânuţele la gură, încearcă să-şi prindă picioruşele şi se răsuceşte în sacul plin de lichid. Mama va simţi mişcările abia în luna a patra. Mai greu percep tresăririle fătului mamele aflate la prima sarcină. Embrionul, stând în sacul plin de lichid al placentei, ca un astronaut, are mişcările amortizate de lichidul amniotic. Placenta joacă rol de mijlocitor între embrion şi organismul mamei. Prin intermediul ei, pe lângă hrană şi oxigen, nenăscutul primeşte anticorpi, care-l vor apăra în viaţa intrauterină şi în primele luni după naştere.

Majoritatea organelor sunt profilate, nu numai în formă primară, ci şi cu multe detalii. Se disting chiar retina ochiului, canalele urechii, părul, mâinile, picioarele, muşchii şi pielea.

Capul şi trunchiul devin mai drepte. Se pot sesiza mişcările de flexibilitate a spatelui, cu mâinile sprijinite de abdomen. Sacul amniotic devine pregnant, ca şi cordonul ombilical, format dintr-o substanţă gelatinoasă, străbătută de două artere şi o venă. La sfârşitul acestei săptămâni, trupul are 30 mm şi intră în stadiul de făt (din latină *foetus*, „tânăr", „copil"). Până la naştere, greutatea sa din acest moment (20-30 g) se va mări de aproximativ 100 de ori.

1.7 Limita avortului la cerere în România

Săptămâna a 12-cea. Ansamblul feţei s-a conturat cu toate detaliile. Ochii sunt acoperiţi de pleoape. Membrana transparentă va rămâne astfel până în a 7-a lună. Ochii, ca o prelungire a creierului, la început, se detaşează de masa acestuia, rămânând legaţi doar prin nervul optic. Se schimbă proporţiile extremităţilor, doar picioarele par mult mai scurte. În structura trunchiului apare toracele, cu mici detalii, două abia sesizabile proeminenţe, care vor constitui butonii mamari. Încep să se distingă organele genitale. La această vârstă, embrionul este destul de bine dezvoltat şi nu poate fi scos afară decât bucată cu bucată, în cazul avortului. După 1989, în România a fost introdus avortul la cerere, posibil până în săptămâna a 12-a de sarcină.

La 14-cea săptămână, mulţi copii pot să-şi sugă degetul. Încearcă să înghită puţin din lichidul în care stau scufundaţi. În următoarea săptămână, a **15-cea**, fătul are mugurii gustativi ai unui adult şi poate gusta ce mănâncă mama prin placentă şi cordonul ombilical. Se profilează mai bine muşchii şi scheletul. Încep să funcţioneze glandele sebacee şi sudoripare. Inima, care are structură completă, ticăie cu 40 de

bătăi pe minut. Rinichii elimină urina netoxică. Prin pielea transparentă se distinge țesătura sistemului circulator. Fătul are 15 cm şi aproape 200 g.

În a 16-cea săptămână, copilul are deja sprâncene, gene şi începe să-i crească părul. Poate apuca cu mâinile, poate lovi cu picioarele.

În săptămâna a 17-cea, îşi face simțită prezența prin lovituri, împunsături şi tumbe. Are coardele vocale formate, poate chiar să plângă. Dar, neexistând aer în uter, nu emite nici un sunet. Pe fața sa se pot distinge uneori expresii specifice plânsului. Un făt de sex feminin va avea 6 milioane de ouă în ovare, număr care, la naştere, va scădea la 1 milion.

La 20 de săptămâni, inima, care bate de la aproape 3 săptămâni, începe să fie simțită în stetoscopul pus pe burta mamei. Scheletul este aproape format. Mamele îşi simt copiii cum sughit, dar mai ales cum lovesc sau le înțeapă pielea. Fătul are perioade de somn, când poate fi trezit de zgomotele puternice din mediul mamei. Ochii i se rotesc iar mişcările lor pot fi sesizate, atunci când dorm, cu ajutorul ultrasunetelor. Copilul poate auzi şi recunoaşte vocea mamei sale. Deşi este mic şi fragil, el ar putea supraviețui în cazul unei naşteri premature. Îi apar unghiile şi amprentele digitale. Este vizibil organul sexual. Folosind ultrasunetele, un medic poate spune dacă este fetiță sau este băiat.

După a 22-a săptămână, un copil poate să se nască, având în vedere că noile tehnologii medicale îi asigură supraviețuirea în afara uterului, la această vârstă. Pielea îşi pierde transparența, devenind opacă.

La 24 de săptămâni, copilul, cu vigoare sporită, cântăreşte cam 780-1000 de grame şi măsoară în lungime 280-300 mm. Pielea lui delicată, acoperită cu un puf fin, numit lanugo, este protejată de o substanță ceroasă, numită vernix. Această substanță mai poate fi văzută pe pielea copilului la naştere, însă ea va fi rapid resorbită. Copilul exersează respirația inhalând lichid amniotic în plămâni. A adoptat un ritm de viață cu perioade de veghe de până la opt ore, restul timpului fiind rezervat somnului.

În următoarele săptămâni (26-27), copilul, complet format, poate inhala, exhala. Ochii sunt complet formați iar pe limbă s-au dezvoltat mugurii gustativi. Sub o îngrijire medicală intensivă, fătul are peste 50% şanse de supraviețuire în afara uterului. Creşte foarte repede şi se pregăteşte pentru naştere. Ochii i se deschid, iar plămânii prind conturul final. În această fază, se produce surfactantul, o substanță necesară respirației.

În săptămâna a 30-cea, fătul este capabil să supraviețuiască în afara uterului fără a fi considerat prematur la naştere. Hrana este transmisă de la mamă la făt prin placentă şi cordonul ombilical. Dacă mama consumă droguri sau alcool, fătul le primeşte şi el.

În săptămâna a 32-a, sistemul nervos s-a dezvoltat astfel încât copilul are foarte multe mişcări coordonate. Aude bătăile inimii mamei sale, dar şi vocea ei. Are ochii deschişi, dezvoltați ca la un adult şi poate urmări lumina care se filtrează prin pielea burții. După naştere, va avea nevoie de o anumită perioadă de timp ca să

fixeze obiecte şi să-şi manifeste emoţia la auzul vocii mamei. Receptorii mirosului au ajuns la maturitate deplină. La fel, cei ai gustului. Poate desluşi dulcele de acru. Muşchii sunt constituiţi şi exersează regulat mişcări. În felul acesta se pregăteşte pentru naştere. Face deja şi exerciţii de respiraţie, bineînţeles fără aer. Doarme 80-90% din zi şi, uneori, are un somn cu mişcări rapide oculare sau un somn aşa numit paradoxal.

În săptămâna a 36-a, pielea se îngroaşă şi capătă culoarea roz. A crescut mult în greutate. Are aproape 2400-2500 g şi o lungime de 45 cm.

De obicei, **săptămâna a 40-cea** marchează sfârşitul perioadei de gestaţie. Copilul este gata pentru viaţa din afara uterului. Părul i-a devenit moale, abundent. La naştere, placenta se va desprinde de uter, iar cordonul ombilical încetează să mai funcţioneze în momentul în care copilul ia primele înghiţituri de aer. Respiraţia copilului va duce la modificări în structura inimii şi cea arterială, care vor forţa tot sângele acum să circule prin plămîni.

La naştere, copilul are cam 2 000 000 000 000 de celule. Plămânii săi sunt plini cu lichid. Câteva clipe după naştere trebuie să-şi umfle plămânii, să scape de lichid, să inspire aer şi să lase bioxidul de carbon să iasă. Atunci el sau ea va plânge pentru prima dată.

2. DUREREA FĂTULUI

Avortul înseamnă până la urmă suprimarea unei vieţi omeneşti. Părintele Galeriu ne spune că: „Din momentul concepţiei, se instituie o nouă existenţă umană, care are atâta viaţă şi drept la viaţă, cât are şi un nou-născut, un copil de şcoală, un tânăr, un adult".[10] De aceea, „mama nu are voie să-l ucidă, precum nu are voie să se ucidă nici pe ea, sinuciderea fiind un păcat de neiertat împotriva Duhului Sfânt."[11] Viziunea creştină asupra concepţiei omului este confirmată şi de oameni de ştiinţă. Astfel, fiziologul Nicolae Paulescu, descoperitorul insulinei, consideră că: „... zămislirea se face în momentul întâlnirii celor două celule sexuale, a căror unire formează oul fecundat. În acel moment, Dumnezeu trimite sufletul, adică artistul incomparabil care, supunându-se poruncii Divine, se pune imediat la lucru, ca să-şi construiască trupul care va vieţui." Drept care avortul nu poate fi înţeles ca o acţiune de ordin uman: „Nu veţi găsi o fiară - oricât de sălbatică şi oricât de feroce v-aţi închipui-o -, care să fie în stare să calce ordinul lui Dumnezeu şi să-şi distrugă progenitura."[12] Puţini oameni cunosc ce durere simte fătul aflat într-o asemenea situaţie.

Nici un om nu-şi aminteşte ce s-a întâmplat cu el în uter. Primul an după naştere se pierde în negură. Dar acesta nu este deloc un argument ca să trecem peste durerile

---

[10] Părintele Constantin Galeriu, „Studiu introductiv", în volumul lui Dr.Keneth McAll, *Vindecarea arborelui genealogic*, Piteşti, Editura Zodia Fecioarei, 1998, p.36
[11] *Ibidem,* p.36-37
[12] *Ibidem,* p.39

unui făt ucis prin avort. Durerea, spun oamenii de ştiinţă, este simţită prin anumiţi receptori. Aceştia primesc semnale alarmante, care, prin reţeaua nervilor, ajung la măduva spinării. Nervii din măduva spinării trimit mesaje către creier, unde se înregistrează durerea.

Fătul, începând cu a 10-a săptămână de gestaţie, poate simţi fiorii durerii. Are constituite toate structurile necesare pentru aceasta. Senzorii şi nervii încep să funcţioneze încă de la a opta săptămână. Atunci sistemul nervos este extins. Mişcările fătului nu sunt lipsite total de coerenţă, ci răspund la anumiţi stimuli. Nervii, care transmit semnalele de la piele la măduva spinării, sunt formaţi până în săptămâna a 7-a.

Talamusul are structura formată deja, în luna a 9-a de gestaţie. Mesajele senzoriale înregistrate de acest organ, aflat în stadiu normal de dezvoltare, vor fi trimise către cortex. Noile cercetări au arătat că talamusul joacă un rol important în procesul formării conştiinţei. Până nu demult, se credea că funcţiile senzoriale existau doar în cortex. Cercetări şi experienţe de laborator demonstrează că acestea pot funcţiona şi în alte părţi ale creierului. Cercetătorii de la Universitatea din California, Los Angeles (SUA),[13] au observat că şi copiii fără encefal (acefalici), simt durerea. Se înţelege că fătul reacţionează la stimuli la fel ca şi adultul. Medicii susţin că un copil reacţionează la durere în mod firesc din a 8-a săptămână. Dacă palma unui copil nenăscut ar fi înţepată cu un bold, acesta ar deschide gura de durere sau şi-ar retrage mâna.

Concluziile cercetătorilor sunt anticipate de multe ori de practica medicilor. Astfel, dr. Maria Antoaneta Ciochircă a descris cu multe amănunte în ziarul „Adevărul" modul în care un embrion simte durerea despărţirii de trupul matern: „La trei săptămâni sunt schiţate toate trăsăturile din care vor lua naştere organele fătului. Tot atunci apare prima schiţă a sistemului nervos central, ca şi sensibilitatea la schimbările de mediu din interiorul cavităţii uterine. Aceste schiţe se dezvoltă, apar ţesuturi şi organe, iar la zece săpătămâni (două luni şi jumătate) embrionul are formă tipic umană. În toată această perioadă, câmpul de sensibilitate al embrionului se lărgeşte şi acestuia i se pot produce suferinţe. Femeia care ştie că se duce să facă un avort are un stres. La rândul lui, embrionul, aflat în legătură cu mama, are o stare de anxietate. Cred că embrionul percepe schimbarea chiar în momentul în care femeia îşi pune problema avortului. În timpul avortului, embrionul are exact suferinţa pe care o are orice organism din care se taie sau care este zdrobit."[14] Tot în acest articol se mai menţionează că „... începând din a 52-a zi a vieţii uterine, embrionul răspunde senzaţiilor dureroase (conform aprecierilor făcute de academicianul român Constantin Maximilian). Când simte că va muri, fătul se strânge, de parcă ar vrea să se apere. Oare dacă ar avea lacrimi, ar plânge, aşa cum fac copiii speriaţi de întuneric, de injecţii sau pentru că au căzut? Cred că dacă un ginecolog, care face avorturi, ar privi în timp şi ar vedea că embrionul sau fătul

[13] *A Way of Life*, p.6
[14] A*pud* Moisin, Anton, *Ocrotirea copiilor nenăscuţi*, Sibiu, 1997, pag. 19

normal, pe care-l ucide, e un copil care ar putea să zâmbească sau să spună «mamă», nici unul nu ar mai face avorturi". [15]

Obstetricianul şi ginecologul american Bernard Nathanson a folosit filmarea cu ultrasunete în cazul avortului unui făt de 12 săptămâni (3 luni). Filmul surprinde momentul apropierii instrumentului ucigaş al avortului, atunci „fătul se mişcă într-un mod violent şi agitat; bătăile inimii cresc de la 140, la 200 pe minut; el deschide gura larg, ca într-un strigăt mut. De aceea şi filmul se numeşte *Strigătul mut.*"[16] Medicina nucleară contemporană a confirmat concluziile acestui medic american, arătând că de la 7 săptămâni (50 de zile) se fac simţite undele encefalice, ceea ce, potrivit criteriilor ştiinţei contemporane, evidenţiază nivelul evoluat al fătului, specific persoanei adulte.

Foarte mulţi medici neurologi din Marea Britanie susţin că ar trebui să fie folosite anestezice în avorturi, începând cu cea de-a unsprezecea săptămâna de gestaţie. Susan Greenfield, neurolog la Universitatea Oxford, director la Royal Institution, a declarat: „Atâta timp cât o anumită fiinţă are un sistem nervos, oricât de primitiv ar fi acesta, ar trebui să o tratăm cu o mai mare atenţie."[17]

3. MEMORIA FĂTULUI

Foarte multă vreme s-a crezut că un copil nenăscut nu are memorie, argument care a fost folosit la negarea umanităţii lui. Fătul, s-a spus, nu poate memora deoarece principalele căi nervoase ale sale nu s-au mielinizat pe deplin, ceea ce face ca mesajele de durere să nu poată fi transmise. De fapt, absenţa mielinului încetineşte numai conducerea acestor impulsuri. Cercetări noi arată că această lipsă nu împiedică şi nu blochează transmiterea impulsurilor. Andrew Feldmar, psiholog la clinică din Vancouver, a lansat ideea că „memoria s-ar putea instala chiar din momentul unirii spermatozoidului cu ovulul, adică începând chiar cu momentul concepţiei." Aceste cercetări au arătat că „fătul poate înregistra amintiri chiar de dinainte de formarea creierului, adică de la 4 săptămâni."[18]

Oamenii de ştiinţă danezi au descoperit că, între săptămâna a 37-a şi a 40-a de gestaţie, fătul poate memora anumite sunete. S-a observat că un făt, pus într-o asemenea situaţie, dă semne de recunoaştere a sunetelor din jurul său, mişcâdu-se atunci când acestea se repetă. Dr. Cathelijne van Heteren, de la University Hospital, Maastricht, susţine că feţii au o memorie scurtă de cel puţin 10 minute. Alte studii arată că fătul are toate şansele de a învăţa şi memora sunete începând cu luna a 4-a,

---

[15] Om de ştiinţă, Constantin Maximilian este autorul mai multor cărţi importante despre procreaţie şi rolul geneticii în interpretarea vieţii. Cea mai recentă lucrare este: *„Genetica. Început fără sfârşit"*, Timişoara, Editura de Vest, 2001

[16] Părintele Constantin Galeriu, *op.cit.*, p.36

[17] *Apud, A Way of Life,* p. 6

[18] *Ibidem*, p.92

că poate recunoaşte sunete repetate şi să le selecteze pe altele şi are capacitatea de a le ignora pe cele pe care le consideră neimportante.

Un făt normal începe să recunoască vocea mamei sale de la aproximativ 30 de săptămâni de gestație. Mama poate intra în dialog cu fătul din primele săptămâni de sarcină, prin manifestări de iubire. „Ea poate astfel afla că fătul răspunde gesturilor ei de dragoste. Poate mişca uterul în care se află fătul la dreapta sau la stânga, punând mâna dreaptă pe partea dreaptă a abdomenului şi cea stângă pe partea stângă, imprimând mişcări într-o parte şi în alta. Concomitent, ea îşi poate imagine că aceste gesturi de alintare vor face ca pruncul să crească în putere şi bunătate. Ca răspuns, pruncul se aşează cu spatele în mâinile iubitoare. Dacă mama îşi deplasează concentrarea iubirii ei pe mâna stângă, şi pruncul va face aceeaşi mişcare spre a se aşeza sub mâna stângă. Repetând zilnic şi la aceeaşi oră aceleaşi exerciții, copilul va lovi, dacă, la ora respectivă, baia de iubire nu apare. Daci copilul poate fi afectat nu numai de violența tentativelor de avort, ci şi prin simpla absență a manifestărilor de iubire".[19]

Profesorul Peter Hepper, Queen's University, Belfast, a observat că unii copii, ai căror mame, în timpul sarcinii, se uitau la serialul *Neighbors*, un serial australian, după ce s-au născut, se opreau din plâns şi deveneau agitați când auzeau melodia acelui film.[20] Stephen Evans, de la Keele University, a relatat că feții recunosc muzica pe care au ascultat-o mamele lor, aflate la a 20-a săptămână de sarcină. Atunci creierul sau cortexul cerebral nu funcționau deplin. Evans a declarat, în 1988, că a făcut teste cu 10 femei însărcinate, care au ascultat benzi cu muzică folk neobişnuită, la fiecare 7 zile din a 20-a şi a 21-a săptămână de sarcină. Ea a repetat acelaşi program în timpul celei de-a 31-a săptămâni de sarcină. La două sau trei săptămâni după naştere, cei 10 bebeluşi au ascultat trei bucăți muzicale, dintre care două erau cele pe care le-au cunoscut când se aflau în burtă.[21] Observatori independenți au subliniat faptul că bebeluşii îşi reduceau din mişcări în timpul celor două piese care mai fuseseră ascultate.

Fătul rămâne cu mirosul mamei încă de când ia primele înghițituri de lichid amniotic. De aceea femeile ar trebui să-şi păstreze aceeaşi dietă în timp ce alăptează, ca şi în timpul sarcinii. Cercetătorii de la Centrul European pentru Ştiința Gustului din Dijon, Franța, au demonstrat că fătul recunoaşte gustul de anason,[22] gust format în timpul vieții intrauterine. Au fost testați 24 de feți. Dintre aceştia, 12, ale căror mame mâncaseră anason în timpul sarcinii, s-au lăsat atraşi puternic de acest miros. Ceilalți 12, care nu cunoşteau acest miros dinainte, l-au ignorat.

Prin urmare, bebeluşul e capabil de viață complexă înainte de naştere, el „se obişnuieşte în uter cu muzica, cu zgomotele, cu mişcarea şi chiar cu stimularea vizuală. (...) Ştim că, în uter fiind, bebeluşul vede, aude, este în măsură să simtă

[19] *Ibidem*, p. 92-93
[20] *Apud A Way of Life*, p.6
[21] *A Way of Life*, p.6
[22] *Ibidem*, p.7

dispoziția mamei şi reacționează; de pildă, în ultimile trei săptămâni de sarcină, copilul reacționează la ciclul de veghe şi de somn al mamei. Cu alte cuvinte, începe să se adapteze la mediu chiar înainte de naştere."[23]

În cartea „The Secret Life of the Unborn Child", scrisă de John Kelly, dr. Thomas Verny face observația că, începând cu cel de-al treilea trimestru de sarcină, creierul fătului funcționează la fel ca cel al unui adult.[24] Autorul cărții consemnează mai multe mărturisiri ale oamenilor care au amintiri din viața intrauterină sau din timpul naşterii. Pornind de la aceste păreri, câțiva oameni de ştiință, făcând investigații, au conchis că oamenii îşi pierd o parte din amintiri, ca urmare a efectelor unui hormon, numit oxitocin, care produce amnezia. După acelaşi mecanism, la naştere, fătul îşi pierde memoria vieții sale petrecute în uter.

4. SĂNĂTATEA COPIILOR NENĂSCUȚI

Starea de sănătatea a copiilor nenăscuți se află în strânsă legătură cu cea a mamei. Hrana din sângele matern ajunge, începând cu implantarea, în cea de-a treia zi de la concepție, în structura embrionului. De aceea grija societății pentru copiii nenăscuți se deduce din felul cum sunt sprijinite femeile însărcinate. Dragostea mamei pentru copilul ei se poate citi din modul în care aceasta îşi îngrijeşte sănătatea.

Din păcate, starea proastă de sănătate a femeilor din România s-a menținut şi după 1990. O mulțime de factori contribuie la această situație. Cea mai frecventă stare întâlnită la femeile de vârstă fertilă este anemia, determinată, în majoritatea cazurilor, de lipsa fierului. Aproape o femeie din două suferă de o asemenea deficiență, iar incidența creşte la femeile adulte sau care au un număr de copii în viață.[25] Dezechilibrele biologice sunt o consecință a unei diete deficitare, cu un consum neadecvat al alimentelor. Aceste situații sunt determinate şi de consumul mare de produse cu un conținut deficitar de fier. Lipsa fierului este accentuată mai ales la cazurile aflate în perioadele de creştere şi în timpul sarcinii.

Medicii pediatri români au semnalat cu îngrijorare creşterea numărului de copii afectați de rahitism, boală din ce în ce mai prezentă la nou-născuți. Cele mai multe cazuri se întâlnesc în mediul rural, unde nou-născuții sunt hrăniți mai mult cu legume. Copiii rahitici, avertizează medicii, pot avea, mai târziu, probleme motorii, dar şi de concentrare. Rahitismul, boală specifică țărilor sărace, determină o dezvoltare anormală a nou-născuților. Le este întârziată mult calcifierea oaselor craniului si capacitatea de a se mişca.

---

[23] Martino, Bernard, *Bebeluşul este o persoană. Povestea minunată a nou-născutului*, Bucureşti, Humanitas, 2002, p.113

[24] *Apud A Way of Life*, p.7

[25] Şerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.), *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999, Raport final martie 2001*, CDC, ARSPMS, 2001, p.23

Directorul Spitalului de copii „Sfânta Maria" din Iaşi, dr. Marin Burlea, a individualizat o parte din cauzele înmulţirii cazurilor de rahitism: „Copiilor ar trebui să li se administreze vitamine şi calciu, dar unele mame nu au nici măcar ce să le dea de mâncare, dar să le mai cumpere şi calciu. Încă din ultimile zile de sarcină, mama ar trebui să ia vitamine, dar acest lucru nu se întâmplă. Sunt zone izolate, unde nici măcar un doctor nu există, iar oamenii nu sunt instruiţi". [26]

Ministerul Sănătăţii şi Familiei, pornind de la această situaţie, a dezvoltat un program special de distribuire gratuită a laptelui praf, pentru copii până la un an, program care, deocamdată, în perioada 2002-2003, nu a funcţionat continuu, mai ales în zonele cu mare risc de rahitism, în mediul rural.

Femeile însărcinate care fumează îşi expun copiii unui risc crescut la diverse boli sau malformaţii. Cu toate acestea, conform unui sondaj realizat de autorii studiului „Sănătatea Reproducerii, România 1999", 39% dintre femeile din Bucureşti au declarat că fumează periodic.[27] Cea mai mare proporţie a femeilor care fumează frecvent s-a înregistrat la femeile în vârstă de 25-34 de ani (35%).[28] Datele din acest studiu plasează România printre ţările cu cel mai mare procent de femei fumătoare, din zona ţărilor foste comuniste. Doar Polonia şi Cehia devansează România. Schimbări mari s-au înregistrat şi la nivel rural, numărul fumătorilor din această zonă dublându-se.

Efectele fumatului, un obicei din ce în ce mai frecvent în România, au fost multă vreme ignorate. După opinia medicilor din Marea Britanie, fumatul constituie o cauză importantă a pierderilor de sarcină. Aproape 30% din copiii decedaţi la naştere au fost intoxicaţi cu substanţele nocive ale fumului de ţigară din sângele matern.

Cercetările recente arată că cel puţin două componente nocive ale tutunului, din cele 30 identificate în fumul de ţigară, traversează placenta şi ajung în sângele fătului. „Conform unui studiu al mortalităţii perinatale, femeile, care fumează mai mult de un pachet de ţigări pe zi, prezintă un risc de 130% pentru hipotrofie fetală, faţă de cele care fumează sub un pachet de ţigări pe zi."[29] Fumatul constituie un factor de risc pentru naşteri premature şi avorturi spontane. De asemenea, el măreşte riscurile unor naşteri dificile, poate duce la micşorarea greutăţii fătului sau poate produce sindromul de moarte subită a nou-născutului. A fost stabilită o relaţie între frecvenţa naşterii unor copii subponderali şi numărul de ţigări fumate zilnic de mamă. Astfel, la 6-10 ţigări, există un risc de 12,5%, iar la 10 ţigări şi mai mult, se ajunge la un risc de peste 17%.[30]

---

[26] Ziarul „Cotidianul", nr. 55, 10 martie 2003
[27] *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999, Raport final martie 2001*, CDC, ARSPMS, 2001, p.265
[28] *Ibidem,* p.265
[29] Vlădăreanu, Radu (ed.), *Afecţiunile medicale asociate sarcinii*, Bucureşti, Editura Infomedica, 1999, p.251-252
[30] Ionescu, Elena, *Embriologie umană*, Bucureşti, Publishing Media, 1995, p.175

Abuzul de alcool în rândul femeilor presupune intensificarea problemelor de sănătate specifice feților şi copiilor. Efectul nociv al consumului de alcool în timpul sarcinii este cunoscut de multă vreme. „De aceea alcoolul este citat printre factorii exogeni ce pot produce anomalii în dezvoltarea unor organe. Fătul este lipsit de apărare, ficatul său insuficient dezvoltat fiind incapabil să metabolizeze alcoolul."[31] În 1989, au fost stabilite criteriile de diagnosticare a sindromului alcoolic fetal.[32] Consumul de alcool prea mare în timpul sarcinii poate duce la traume emoționale sau fizice ale fătului. Copiii afectați au, pe parcursul vieții, dificultăți de învățare, şi manifestă tulburări de auz, vorbire şi exprimare.[33] „Într-un procent de 1 la 70, aceşti copii prezintă întârzieri psihomotorii şi labilitate nervoasă. La nivelul organelor, s-au constatat anomalii în dezvoltarea inimii şi a aparatului genital."[34]

Nu se ştie încă ce cantitate de alcool produce modificări ale sănătății fătului. Nu se cunosc cantitățile de alcool minimale pe care le pot consuma femeile însărcinate ca să fie în siguranță. Cu cât o femeie gravidă consumă mai mult alcool, cu atât creşte riscul de anomalii al copilului ei, mai ales cel de sindrom alcoolic al fătului. Chiar şi ingerarea unei cantități minime de alcool poate provoca probleme însemnate unui nou-născut. În programele de sănătate elaborate de guvernul britanic, în urma unor studii efectuate în 1995, se recomandă femeilor însărcinate să nu bea mai mult de 4 unități de alcool pe săptămână, adică doua pahare de vin sau două sticle de bere. Cercetări mai recente arată că şi un consum mai redus de alcool decât cel prescris de literatura de specialitate poate afecta sistemul nervos central al copilului.[35]

Pediatrii, în general, recomandă abstinența la alcool femeilor însărcinate sau celor care intenționează să aibă un copil, atâta timp cât nu este cunoscută cu exactitate cantitatea de alcool permisă.

5. NAŞTERILE PREMATURE

Lumea contemporană este marcată de cel puțin două atitudini contradictorii, situație care face ca eforturile oamenilor de a fi la înălțimea exigențelor lor de ordin moral să fie anihilate de ignoranța manifestată în legătură cu viața semenilor lor. Atitudinea față de copiii nenăscuți nu trebuie interpretată drept numai un efect al ignoranței. Zilnic mor mii de copii prin avort, iar mulți dintre aceştia sfârşesc după ce au fost născuți.

În România, după datele oferite de Ministerul Sănătății, mortalitatea infantilă (0-1 an) continua să se mențină la un nivel foarte ridicat. În ultimii ani, rata mortalității infantile (18,6‰), după datele Organizației Mondiale a Sănătății, are cea

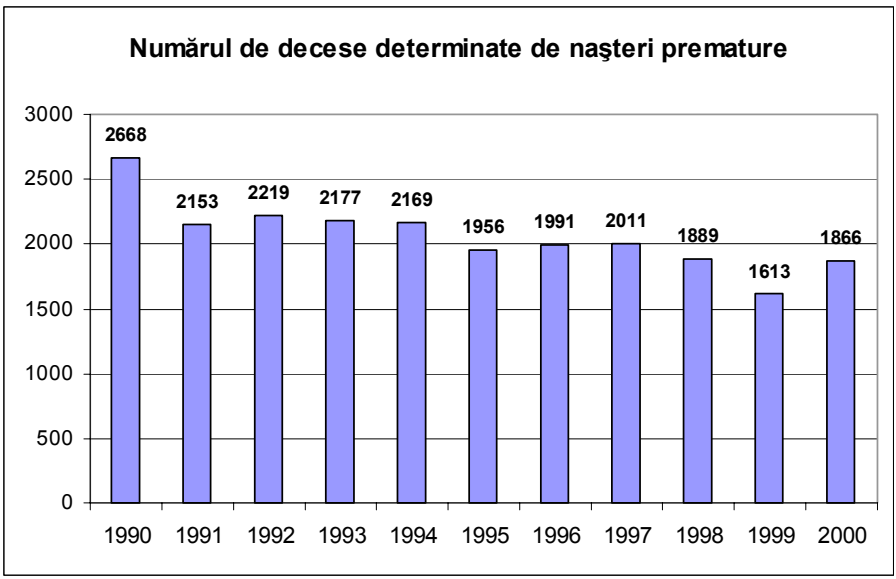
---

[31] *Ibidem,* p.168
[32] Vlădăreanu, Radu (ed.), *op.cit.,* p.451
[33] *Ibidem*, p.452
[34] Ionescu, Elena, *op.cit.*, p.169
[35] *A Way of Life*, p.8

mai mare valoare din Europa. Cele mai multe decese au fost determinate de afecțiuni ale aparatului respirator (30,7%).[36]

Din cei 1453 de copii decedați din cauze perinatale, în 2000, 61,2% cântăreau sub greutatea normală (2500 g). În România, aceşti copii născuți prematur mor în proporție de 84,9%.[37] Cu cât durata sarcinii este mai redusă, cu atât mortalitatea infantilă este mai mare.

În 2003 au fost înregistrate câteva cazuri, considerate „recorduri" pentru România în materie de naşteri premature. Ziarul „Național" a anunțat că, la Maternitatea „Cuza Vodă" din Iaşi, a fost adus pe lume un bebeluş de numai 650 de grame, a cărui vârstă medicii au stabilit-o la 27 de săptămâni.[38] Autorii nu precizează dacă copilul a supraviețuit. La aceeaşi maternitate, a mai fost născut un copil cu greutatea de 800 de grame. Asemenea cazuri sunt privite cu scepticism de medici, considerând că aceşti copii pot avea invalidități neurologice, oculare sau renale (dr. Mircea Onofriescu, directorul Maternității „Cuza Vodă").



Sursa: **Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000**, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi documentare medicală, p.15

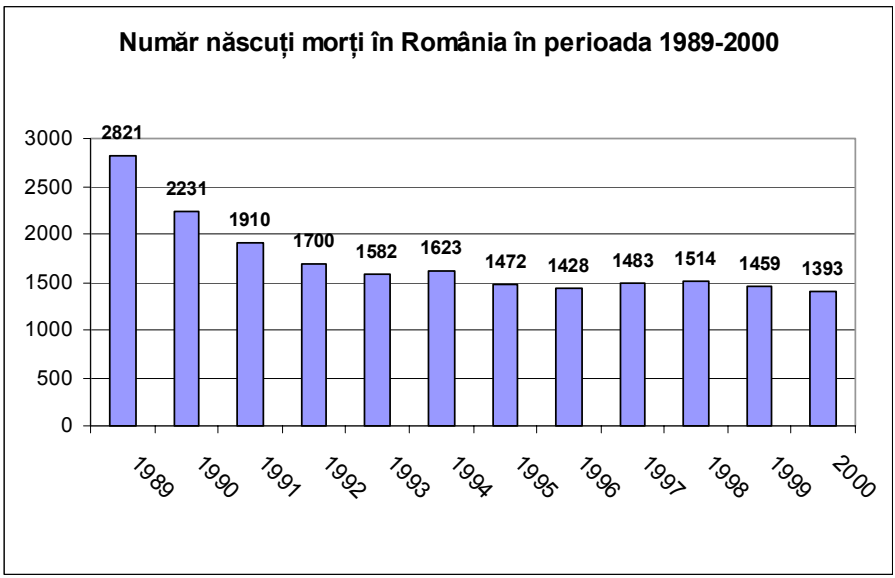
În ultimii 50 de ani, pe plan mondial, au fost înregistrate progrese mari în domeniul naşterilor premature. Literatura de specialitate include în această categorie

[36] *Mortalitatea infantilă în România, anul 2000*, Bucureşti, Ministerul Sănătății şi Familiei, Centrul de calcul, statistică sanitară şi documentare medicală, 2001, p.13-19
[37] *Ibidem,* p.17
[38] Ziarul „Național", 7 martie 2003

copiii cu o greutate sub 2500 g şi cei cu întârziere de creştere intrauterină.[39] După criteriul cronologic, este acceptată drept prematură orice naştere care survine înainte de 259 de zile sau 37 de săptămâni. Embriologii susţin că fiecărei săptămâni de sarcină a embrionului sau fătului îi corespunde o anumită greutate şi lungime constantă.

Există o limită inferioară (stabilită de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, în 1970), nivel peste care aceşti copii ar putea fi salvaţi. Progresele tehnicii medicale au făcut posibilă coborârea sub 28 de săptămâni a acestei vârste-limită (corespunzător unei greutăţi specifice de 1000 g), ajungându-se în multe cazuri la 20 de săptămâni.

În medie, aproape 8% din naşteri survin prematur. Această situaţie diferă foarte mult în lume, numărul naşterilor premature, într-o ţară, fiind determinat de dezvoltarea socio-economică, de zona geografică, de nivelul asistenţei medicale în general şi, în special, de cel obstetrical. În anii '80, după datele Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, nivelul naşterilor premature a oscilat de la 2% (Suedia) şi 34% (India). Nivelele cele mai ridicate au fost înregistrate în ţări sărace din Asia. În România, acest indice s-a situat în ultimii ani sub 10%[40].



Sursa: **Evoluţia principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000**, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi documentare medicală, p. 21

[39] Crişan, Nicolae *et al.*, *Naşterea prematură*, Bucureşti, Editura Infomedica, p.1-15
[40] *Evoluţia principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000*, Bucureşti, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, p.4

Începând cu anii ’70, au fost folosite mijloace moderne pentru salvarea vieţii copiilor prematuri. Pe lângă terapia oxigenului, s-a introdus alimentaţia nazo-gastrică, s-a îmbunătăţit monitorizarea electronică şi au fost găsite noi metode de ventilaţie artificială. În ultimii ani, a evoluat alimentaţia intravenoasă, monitorizarea transcutanată a presiunii sângelui şi a devenit posibilă monitorizarea electronică în cazul leziunilor creierului. Mijloacele tehnice moderne se dovedesc a fi tot mai utile în apărarea vieţii copilului nenăscut. Cu ajutorul acestor tehnici pot fi salvaţi copiii care se nasc cu o greutate foarte mică la naştere. Astfel, în Marea Britanie, a fost salvat un copil cu o greutate de 340 g.[41]

[41] *A Way of Life*, p. 8

1. PROBLEMELE AVORTULUI

1.1 Evaluarea avortului în lume

Avortul a devenit un fenomen care polarizează atenţia întregii societăţi. Atenuarea lui nu depinde de câţiva factori, ci solicită participarea tuturor actorilor sociali. Deşi este înregistrat ca o realitate incontestabilă, care, prin consecinţele sale, ameninţă viaţa tuturor, la nivelele decizionale, mai ales de administraţie şi clasa politică, se manifestă o anumită ignoranţă în gestionarea sa. Cazul României se remarcă în mod tragic mai ales prin dezechilibrele determinate de schimbarea bruscă a sistemului social. În acelaşi timp, evoluţia mentalităţilor din acest spaţiu urmează cursul general al lumii contemporane, care manifestă o vulnerabilitate tot mai mare.

Puţine instituţii pot pretinde că au o evaluare exactă a numărului de avorturi făcute într-un an. Cele mai multe estimări dau valoarea medie de 60 de milioane. International Parenthood Planning Federation (IPPF), organizaţie pro-avort cunoscută în lume, vorbeşte de „aproximativ 45-60 milioane de avorturi".[1] Aceeaşi instituţie apreciază că aproximativ 23% din numărul total de sarcini înregistrate anual la nivel mondial au un astfel de sfârşit.

Datele de bază ale acestui fenomen nu par a fi bine evaluate. Ambiguităţile sunt folosite ca argumente solide în susţinerea unor programe, cu precădere, pro-avort. Institutul Allan Guttmacher,[2] explicând ambiguităţile, oferă un argument concret – insuficienţa datelor se datorează cel mai adesea unor raportări incomplete, făcute în mod tendenţios. În Statele Unite, de exemplu, ţară cu un performant sistem de informare, raportările de acest gen sunt obligatorii numai în unele state. Şi chiar în statele în care culegerea acestor date este obligatorie, de cele mai multe ori, situaţiile la capitolul avort rămân incomplete. Din statisticile Institutului Allan Guttmacher reiese că, din 1988 până în 1997, numărul total al avorturilor, raportat centrelor pentru controlul bolilor infecţioase din SUA, a fost cu 11,3% mai mic decât numărul real.

Trăim într-o lume în care mentalităţile pro-avort domină. Aceasta este o constatare pe care nimeni nu o poate infirma. Nici măcar cei care acceptă avortul ca o soluţie de viaţă. La ora actuală, 40,8% din populaţia lumii trăieşte de fapt în ţări în care avortul este permis fără restricţii. Într-un alt grup masiv, adică 33,2%, se află

[1] International Planned Parenthood Federation, *Promovarea sănătăţii reproducerii prin mass-media*, Bucureşti, 1999, p. 2
[2] Institut de cercetare al IPPF

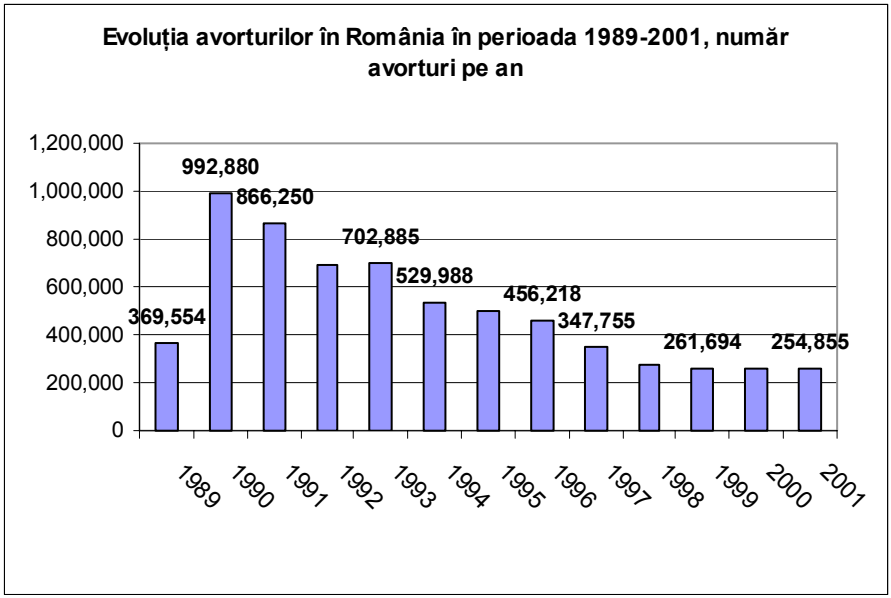
țările în care avortul este acceptat pe motive socio-economice, iar restul, cu excepții nesemnificative, se pronunță pentru avort numai în cazul salvării mamei.[3]

În Europa Centrală şi de Est, cu excepția României (1966-1989), avortul a fost şi a rămas liber. În acest spațiu, în care trăieşte 5% din populația lumii, sunt înregistrate – cu mijloace informative insuficiente şi lipsite de precizie – 21% din totalul avorturilor de pe glob. Astfel, coroborând aceste date cu alte statistici, reiese că, în această zonă a lumii, din o mie de femei aflate la vârsta procreației, 90% apelează la avort în fiecare an.[4]

1.2 Evaluarea avortului în România

Avortul în România, mai ales începând cu 1990, a constituit cea mai utilizată cale de „control al naşterilor". În spațiul țărilor din Centrul şi Estul Europei, situația din România poate fi comparată mai ales cu cea din Federația Rusă. În aceste două locuri s-au prefigurat cele mai dramatice situații din întreg spațiul fost comunist. Excepție face, în continuare, Georgia, unde rata totală a avorturilor este cu peste 50% mai mare decât în România şi Rusia.[5] Deşi înainte de 1989 legile avortului au fost restrictive, situația din România seamănă cu cea a țărilor din fosta URSS. Fapt care ne face să credem că mentalitățile societății corupte (economic, social şi moral), de tip comunist, şi-au pus amprenta în mod dramatic asupra oamenilor.

[3] Institutul Allan Guttmacher
[4] *Ibidem*
[5] Şerbănescu, Florina, Morris, Leo, Marin, Mona (coord.), *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 63



Sursa: **Evoluţia principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000**, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi documentare medicală, p.26

România, mai ales după 1990, a devenit un caz special. Din 1966, întreruperile de sarcină au fost restricţionate, până la schimbarea regimului comunist (26 decembrie 1989). Revocarea legii restrictive a deschis o adevărată cutie a Pandorei. După această dată, România a atins una dintre cele mai mari valori a ratei avortului. Cercetările efectuate, începând cu 1993 (anul în care autorităţile au început să fie preocupate de fenomen), arată că, în intervalul 1990-1992, avortul, în România, a atins cele mai înalte cote din Europa „şi poate din lume”[6] (cele mai multe avorturi fiind înregistrate la persoane cu vârste cuprinse între 20-34 de ani). Mass-media, fără să impună analize detaliate – ceea ce o face vulnerabilă, uşor de intoxicat şi manipulat –, reaminteşte periodic, ca pe un slogan, faptul că România deţine recordurile la avort, la nivel mondial.[7]

România, oricum am privi lucrurile, reprezintă un caz, un caz trist. Creşterea numărului avorturilor – o tendinţă scoasă în evidenţă de toate statisticile – indiferent de ideologiile existente în spatele lor, se conjugă şi cu creşterea mortalităţii materne

[6] *Ibidem*, p.62

[7] Iată doar câteva titluri de ziare din perioada august 2002 – aprilie 2003: *„ România, prima în Europa la mortalitatea maternă cauzată de avorturi”* (Ziarul *Cotidianul*, 17-18 august 2002); *„România – ţara avorturilor”* (Ziarul *Ziua*, 13.12.2002); *„Fenomenul mortalităţii materne nu poate fi atenuat”* (Ziarul *România liberă*, 15 februarie 2003); *„Elevele practică avortul, ca metodă de contracepţie / Vârsta începerii vieţii sexuale a scăzut sub 16 ani”* (Ziarul *Adevărul*, 1 aprilie 2003).

cauzate de avort. În anul 2000, erau înregistrate în România, la acest capitol, valori dintre cele mai alarmante. „În anul 2000, România se situează pe primul loc în Europa, în ceea ce priveşte mortalitatea prin avort şi pe locul cinci în ceea ce priveşte mortalitatea prin risc obstetrical, conform datelor de care dispunem. În urma decesului a 38 de femei au rămas orfani de mamă 59 de copii."[8] De altfel, situaţia se menţine la acelaşi nivel tragic, de la începutul anilor '80. Pentru a avea o imagine cât de cât reală a fenomenului, trebuie luate în calcul unele aspecte ale României de astăzi. Ambiguităţile pornesc chiar din faza evaluării. Lipsa unor reglementări clare, referitoare la înregistrarea cererilor de avort în clinicile private, poate explica evaluarea inexactă. Un sondaj realizat la directoratele de sănătate publică regionale, în 2001, arată că, în clinicile private, cu un an în urmă, a existat un număr de aproximativ 80.000 de avorturi, realizate la cerere, care au fost omise din statisticile medicale. Nu toate judeţele raportau avorturile efectuate în clinicile private. Problema raportărilor incomplete din sectorul de sănătate privat a stârnit indignarea autorităţilor, astfel încât, în prezent, ea este studiată de un departament special al Ministerului Sănătăţii şi Familiei, care a promis noi reglementări.[9]

Daniela Bartoş, fostul ministru al Sănătăţii şi Familiei, a recunoscut că explozia avorturilor a fost determinată, în primul rând, de „legislaţia liberală introdusă după 1990".[10] Acest fapt s-a asociat, de asemenea, cu „accesibilitatea crescută la avort a populaţiei". Avortul, folosit în continuare pe scară largă, a determinat consecinţe grave, iar statisticile evidenţiază că „morbiditatea cauzată de complicaţiile avortului a devenit semnificativă".[11]

Datele oferite de Ministerul Sănătăţii, în 1995, arătau că, în perioada 1990-1992, rata avortului provocat în mod legal a avut o valoare medie foarte ridicată. „Clinicile au fost inundate de femei care solicitau avortul. Ca o consecinţă, rata avortului provocat legal a atins cel mai ridicat nivel din lume – aproape 200 la 1000 de femei între 15-44 de ani, între 1990-1992. Aceasta corespunde unei rate a avortului de aproape 3 avorturi provocate la fiecare născut viu pentru aceeaşi perioadă".[12] Consecinţele asupra sănătăţii femeilor (şi în special asupra fertilităţii acestora) s-au dovedit a fi grave. Se constată, de exemplu, că rata totală a avortului este cu 70% mai mare decât rata totală a fertilităţii (2,2 vs.1,3).[13]

---

[8] *Mortalitatea maternă prin complicaţiile sarcinii, naşterii şi lăuziei în România*, Bucureşti, Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală 2000-2001, p.19-23

[9] Dr. Horga, Mihai, „Contraception and Abortion in Romania", Backround paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy in Romania, oct. 2001, p.19

[10] Dr. Bartoş, Daniela, „Sănătatea femeii şi a copilului şi protecţia familiei în viziunea Ministerului Sănătăţii şi Familiei din România" în *Congresul Internaţional «Familia şi viaţa la începutul unui nou mileniu creştin»*, Bucureşti, 2002, p.40

[11] *Ibidem*

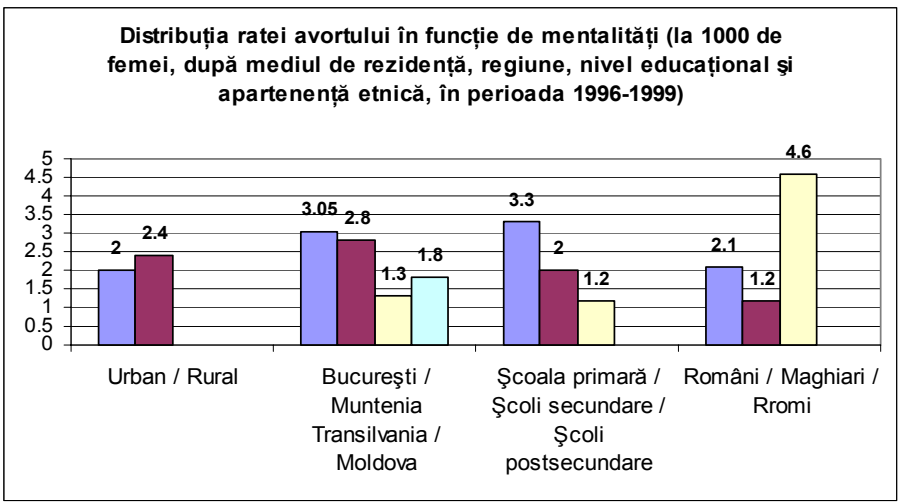
[12] *Cercetarea sănătăţii reproducerii în România 1993*, Raport final martie 1995, IOMC, CDC, Bucureşti, 1995, p.62-63

[13] *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p.64

1.3 Mentalităţi abortive

Avortul crescut poate fi explicat şi ca o consecinţă directă a mentalităţilor. Cercetările făcute în România arată că această practică inumană variază în funcţie de mediile în care trăiesc familiile. Se constată astfel de diferenţe între sat şi oraş sau între diferite regiuni ale ţării. La sate, în ultima perioadă, femeile recurg mai des la avort, ceea ce atestă influenţa crescută a noilor mentalităţi. De asemenea femeile din Bucureşti sau din sud-estul ţării se expun mai des la aceste riscuri, spre deosebire de cele din Transilvania şi Moldova.[14] La aceste variaţii, sociologii nu au încă un răspuns.

Un rol foarte mare în evoluţia acestui fenomen îl joacă nivelul de educaţie. În general, situaţia este dramatică acolo unde informaţiile despre consecinţele nefaste ale avortului sunt deficitare. Un caz aparte îl constituie comunitatea rromilor. Aici, recurgerea la avort a devenit o practică obişnuită. Frecvenţa avortului la femeile rrome se ridică mult peste media generală.[15]



Sursa: **Studiul Sănătatea Reproducerii, România, 1999, CDC, ARSPMS, p.67**

Mai mult de o treime din femeile aflate la vârsta optimă a procreaţiei au avut cel puţin un avort provocat. Majoritatea sarcinilor (89%) au fost oprite, în mod brutal, în primul trimestru de sarcină.[16] Din cele aflate în afara acestei categorii, un procent de

[14] *Ibidem,* p.67
[15] *Ibidem*, p.67
[16] *Ibidem*, p.71

11% revine genului de avort tardiv, adică efectuate după a 13-a săptămână de sarcină.

Numărul avorturilor cu risc crescut se menține în continuare la o valoare foarte mare. La acest fapt, mai trebuie să adăugăm omisiunile din statisticile oficiale, determinate de obişnuința manipulării datelor (situație instituționalizată în sistemul medical în anii '80) şi disfuncționalitățile grave din domeniul sănătății. În ordinea acestor „defecțiuni" intră şi faptul că sistemul privat nu-şi asumă încă raportarea exactă a datelor.[17]

Vârsta cea mai probabilă când femeile apelează la avort este de 25-29 de ani. Acestui segment de femei îi corespunde cea mai mare rată a avorturilor (119 la 1000 de femei). Statisticile, chiar în forma lor deficitară, arată că, în perioada 1996-1999, fiecărei naşteri îi revin aproape două avorturi.[18]

Ultimele date oferite de Ministerul Sănătății arată că numărul adolescentelor şi al tinerelor care apelează la avort s-a mărit abrupt.[19] Din cele 230 de mii de cazuri de întrerupere de sarcină, înregistrate în 2002, 10% au fost efectuate tinerelor sub 19 ani, iar un număr de 700 au fost făcute adolescentelor sub 16 ani. Ziariştii de la „Adevărul", facând o anchetă pe această temă, subliniază şocul emoțional pe care îl suportă aceste adolescente nefericite. O elevă de liceu, din Bucureşti, în vârstă de 15 ani, mărturiseşte: „Când am rămas însărcinată, relația pe care o aveam de aproape un an cu cel pe care l-am iubit s-a sfârşit. Mi-a spus să fac orice ca să scap de copil şi aveam senzația că sunt un gunoi pentru el. Nu m-a sprijinit deloc. Părinților mei n-am îndrăznit să le spun nimic. După nopți nedormite, în care m-am gândit că trebuie să devin criminală, m-am hotărât, totuşi, să merg la spital şi să fac avort. Doar cu colega mea de bancă m-am putut sfătui şi ajuta. Oricum, a fost groaznic."[20]

În maternitățile bucureştene, zilnic, se petrec asemenea cazuri la limita umanului. La Clinica de Obstetrică şi Ginecologie „Polizu" din Bucureşti, au fost înregistrate, în 2001, 42 de avorturi la fete sub 16 ani şi 555 la cele cu vârste cuprinse între 16 şi 19 ani. La aceeaşi instituție, în 2002, numărul adolescentelor sub 16 ani, care au solicitat asemenea intervenție chirurgicală, a ajuns la 61, iar al celor între 16 şi 19 ani, la 556. În primele două luni ale anului 2003, 92 de minore au avortat la această clinică. Ar trebui luate în calcul, de asemenea, şi formele de avort, în număr destul de ridicat, cu posibile consecințe grave asupra fetelor sub 19 ani. Astfel, la Clinica „Polizu" au fost înregistrate 80 de cazuri de avort incomplet, în care a fost vorba fie de avort autoprovocat, fie de o intervenție neprofesionistă.

Una din cauzele importante, care susține o asemenea situație, o constituie lipsa comunicării în familie şi existența unui mediu care manifestă agresivitate față de sarcină. „Dintr-o jenă de neînțeles, mamele nu le spun fetelor nici măcar informații despre menstruație, iar tații nu le vorbesc băieților despre poluțiile nocturne.

---

[17] Dr. Horga, Mihai, op.cit., p.19
[18] *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 64-65
[19] Ziarul *"Adevărul"*, 1 aprilie 2003
[20] *Ibidem*

Neavând aceste informaţii, tinerii îşi doresc să experimenteze tot ce văd prin filme sau prin reviste."[21] Cele mai multe informaţii din cultura vieţii sexuale provin din mediile sociale frecventate şi din mass-media, informaţii, care se dovedesc a fi „contradictorii şi şocante".

Prin lege, toate avorturile trebuie efectuate în spitale, clinici private sau cabinete medicale de către obstetricieni şi ginecologi. Marea majoritate a acestora, spun documentele oficiale, au fost realizate fie în secţiile de ginecologie ale spitalelor (64%), fie în clinici şi cabinete private (36%).[22] După cum se observă, numărul avorturilor efectuate în regimul privat a crescut constant în perioada 1990-2000, ceea ce înseamnă, că, urmând aprecierile studiilor care au analizat „sănătatea reproducerii", în aceeaşi proporţie cu această creştere, s-a mărit şi numărul avorturilor neînregistrate. Contrar statisticilor oficiale, se menţine în continuare un număr mare de avorturi, iar strategia de limitare a lor numai prin promovarea agresivă a contracepţiei, strategie susţinută de toate instituţiile guvernamentale, se dovedeşte a fi cel puţin ineficientă, dacă nu falsă.

Preţul oficial al avortului în România era, în 1999, aproximativ 5 dolari. Operaţia, de altfel, se face în mod gratuit femeilor cu 4 copii şi mai mulţi. Suma medie plătită de fiecare femeie, în 1999, a fost mai mare decât cea oficială cu aproape 3 dolari. Creşterea preţului a fost determinată de faptul că, în mediul privat, taxele sunt mult mai ridicate.[23] În continuare, statul susţine o mare parte din cheltuielile legate de avort.

1.4 Motivaţiile avortului

Femeile din România invocă motive diverse atunci când îşi justifică hotărârea pentru avort. După studiile iniţiate de guvern şi finanţate de USAID, UNFPA, UNICEF (organizaţii ce susţin avortul liber şi promovează contracepţia abortivă), efectuate în ultimii ani,[24] marea majoritate a femeilor îşi justifică decizia pro-avort prin intenţia de a limita numărul de copii. Un alt pretext des invocat, întâlnit la aproape o treime din femeile chestionate în aceste studii, îl constituie condiţia materială precară. Asta înseamnă fie că au un venit scăzut, fie se află în stare de şomaj sau trăiesc teama de a nu-şi pierde serviciul.[25]

Studiul sănătatea reproducerii România 1999, elaborat în 2001, arată că limitarea numărului de copii, situaţie în care se află 53% dintre femeile care avortează, a devenit un motiv din ce în ce mai des invocat. Campaniile agresive de promovare a anticoncepţionalelor au creat un curent de opinie favorabil acomodării oamenilor la un stil de viaţă centrat pe interesele propriei persoane. Povara

---

[21] *Ibidem*
[22] *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 71
[23] *Ibidem*, p.74
[24] *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1993* şi *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*
[25] *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 76

responsabilităţilor sociale şi mai ales a celor care sunt proprii omului edificat după modelul creştin a fost mult redusă.

Cu toate acestea, conform studiului amintit, mulţi români conştientizează riscul mare pe care îl reprezintă avortul pentru sănătate (65% femei, 62% bărbaţi).[26] Acest fapt arată că există un teren propice cultivării mentalităţilor ce întăresc viziunea în favoarea vieţii, ce le îndepărtează pe femei de la expunerea la această intervenţie chirurgicală periculoasă.

După 1990, când a fost adoptată o legislaţie liberală, numărul avorturilor a crescut brusc la aproape un milion pe an. În 2000, după statisticile oficiale, s-a ajuns la un sfert din această valoare, dar s-a constatat că mentalităţile abortive au rămas viguroase. Din păcate, în proporţie de 78%, femeile susţin în continuare că au dreptul la o asemenea metodă[27], iar un procent de 70% (în Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999) ar apela la avort dacă fătul ar avea malformaţii, adică din motive eugenice (3%) sau dacă viaţa lor ar fi pusă în primejdie de sarcină (4%).[28]

Limitarea numărului de copii pare a fi un element important, nou pentru modul de a trăi şi gândi al celor din mediul rural. Discursul celor tineri, care cad pradă acestui stil de viaţă dominat de comoditate, intră în contradicţie cu realitatea, care mai dăinuieşte în buna tradiţie la sate. Această situaţie fericită este confirmată de statistici care arată că numărul de copii în viaţă este mai mare în mediul rural decât în cel urban.

1.5 Motivele socio-economice

În toate analizele făcute pe tema avortului, prezenţa în prim plan a motivaţiei socio-economice constituie un argument important al instalării unei viziuni care obstrucţionează principiile vieţii. În România, pornind chiar de la anchetele sociale iniţiate de guvern, acest argument nu pare a fi sincer. Căci, conform SSRR 1999, acest motiv a fost invocat mai ales de femeile cu o condiţie bună materială, adică de femeile care trăiesc în oraşele mari şi care au studii superioare. De exemplu, femeile din Bucureşti în proporţie de 36 % susţin acest punct de vedere, care intră în contradicţie cu standardul lor de viaţă ce este peste medie. Cei intervievaţi, care susţin asemenea stări de fapt incompatibile cu statutul lor, consideră că marile oraşe oferă o viaţă mai scumpă, iar lipsa locuinţelor s-a acutizat.

Rezolvarea problemelor de natură socială şi economică nu poate fi făcută pe calea măririi numărului de avorturi. Consecinţele asupra sănătăţii femeilor presupun costuri incalculabile (vezi capitolul "Consecinţele avortului"). Soluţia cea mai bună, adică sprijinirea creşterii şi educării copiilor, se află în mâinile statului. Limbajul

[26] *Ibidem*, p. 227
[27] *Ibidem*
[28] *Ibidem*, p.76

dublu - o mentalitate care străbate societatea, de la instituțiile statului, la omul singur sau integrat familiei – induce modul nefast al schimbărilor în salturi. Astfel, societatea a devenit prea tolerantă la noile comportamente sexuale, iar formula ei de funcționare nu mai este asociată cu stabilitatea, echilibrul, moralitatea şi durabilitatea.

Analizele sociologilor arată că, după 1990, apar tot mai multe "menaje de o singură persoană", celibatari sau persoane divorțate şi "familii consensuale".[29] S-a înmulțit de asemenea numărul de avorturi pe motiv "de partener", motiv invocat mai frecvent de femeile care nu sunt căsătorite. Mai ales cele cu studii superioare nu au făcut față opoziției partenerului de a mai avea un copil.

Se întâlnesc în continuare, cu o frecvență ridicată, şi alte motive: starea sănătății în momentul hotărârii avortului (femeile din Bucureşti şi cele cu o stare materială şi socială mai bună) şi teama de a naşte copii cu malformații (mediul urban, inclusiv în Bucureşti şi în Transilvania). Puținele studii, care analizează slăbiciunile stilului actual de viață, scot în evidență faptul că intensificarea motivației pro-avort are loc o dată cu creşterea nivelului de educație şi a statutului economic.[30]

Ca o concluzie, putem sublinia faptul că nu există vreun motiv important care să justifice avortul. El poate fi înțeles mai degrabă ca un fenomen social, potențat de vulnerabilitățile omului, dintre care cea mai evidentă este acceptarea comodității.

1.6 Mortalitatea maternă cauzată de avort

În România, mortalitatea maternă determinată de avort a crescut alarmant începând cu anii '80. După aprecierile demografului francez Blayo,[31] atunci existau 240 de decese materne la 100.000 de avorturi declarate. Trebuie să ținem seama că, în acea perioadă, România nu raporta date reale la Organizația Mondială a Sănătății. Manipularea începea de la nivelul spitalelor, întrucât actul medical era politizat.

Rata mortalității materne cauzate de avort rămâne în continuare la valoare foarte înaltă. În 2000, numărul deceselor din această cauză era de 16,20 la 100.000 naşteri vii.[32] Se constată, e adevărat, o oarecare îmbunătățire a situației, dacă comparăm evoluția datelor (pe ani) în perioada 1989-2000.[33]

---

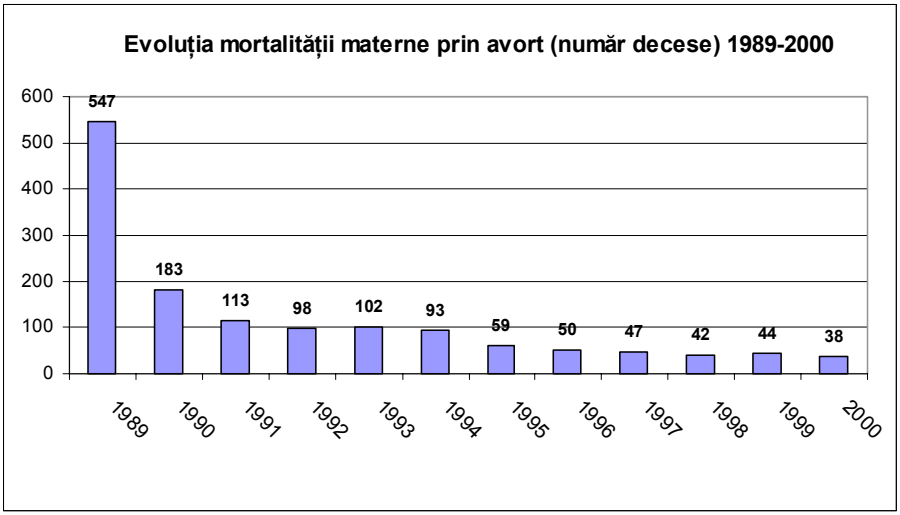
[29] Voinea, Maria, „Familia în societatea de tranziție", în *Congresul Internațional «Familia şi viața la începutul unui nou mileniu creştin»*, Bucureşti, 2002, p. 101-107

[30] *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 76

[31] *Apud* Kligman, Gail, *Politica duplicității*, Bucureşti, Humanitas, 2000, p. 231

[32] *Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, naşterii şi lăuziei în România*, 2000-2001, Bucureşti, Ministerul Sănătății şi Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, p. 3

[33] *Ibidem*, p. 19



Surse: **Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei în România,** Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și documentare medicală, 2001, p.17 și **Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000,** Ministerul Sănătății și Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și documentare medicală, 2001, p.4

Într-o situație asemănătoare se află și Rusia, care, după statisticile OMS, are o rată de 14,65 la 100.000 nașteri vii. Totuși, situația din Rusia a început să se „calmeze", în ultima vreme. Ministrul Sănătății din Federația Rusă, Olga Shaparova, în timpul unei audieri parlamentare, a susținut că „numărul avorturilor a scăzut simțitor". În 1997, se înregistrau trei avorturi la fiecare născut viu, situație care s-a perpetuat mult timp. Începând cu anul trecut, s-a ajuns la 1.3 avorturi pentru fiecare născut viu. De asemenea, și numărul de pierderi de sarcini s-a diminuat, de la 21.000, în 1997, la 12.000 în 2002.[34]

În Polonia, unde avortul este foarte mult restricționat, acest indicator este foarte scăzut, fiind de 0,26 în 2000.[35] Pornind de la acest caz, se poate spune că restricțiile mari puse în calea avortului nu determină în nici un fel creșterea avorturilor ilegale și, implicit, a mortalității materne. În România, în anul 2000, au murit, din cauza avortului, 38 de femei, lăsând în urmă 59 de copii. Să ne închipuim câți copii au rămas fără mamă în perioada 1989-2000, în urma decesului a 1416 femei. Riscul unei gravide din România de a muri din cauza unei probleme legată de sarcină este de 14 ori mai mare decât al celor din Austria și de 4 ori mai mare decât al celor din Republica Cehă, Polonia sau Ungaria.[36]

[34] AFP, Pro-Life Infonet, 12 aprilie 2003
[35] WHO/Europe, HFA Database, ianuarie 2002
[36] *Ibidem*

Mortalitatea maternă ridicată, ca şi mortalitatea infantilă, arată că în România starea de sănătate este una dintre cele mai precare în spaţiul Europei Centrale şi de Est. De altfel, şi la capitolul mortalitatea infantilă, în perioada 1989-2000, România se afla printre ţările cu cele mai ridicate valori din întreg spaţiu european, cu toate că rata mortalităţii infantile a involuat de la 26,9 la 18,6 decese la 1000 de născuţi vii, în perioada 1990-2000. [37]

1.7 Populaţia României scade vertiginos

După 1989, o dată cu liberalizarea avorturilor, în România, s-a declanşat o criză demografică, pe care sociologii, cu datele pe care le au, o compară cu situaţia din perioada războiului.[38] De la an la an, populaţia scade în mod neaşteptat. În primii ani, până în 1992, la această diminuare excesivă prin scăderea naşterilor a contribuit şi emigraţia. Mentalităţile create de noul model de viaţă sexuală şi condiţiile socio-economice tot mai precare, specifice unei ţări cu economie instabilă, au condus la o situaţie demografică fără precedent.

În istoria României, o schimbare cu implicaţii atât de mari, la nivel social, a mai avut loc la începutul secolului XX. Atunci, tranziţia a fost urmată de efecte pozitive. După primul război mondial, s-a înregistrat o creştere rapidă a populaţiei.

Ritmul actual al scăderii numărului de naşteri, într-un mod cu totul anormal, presupune impunerea unui nou model de procreaţie. Deşi familia, comparativ cu situaţia din ţările occidentale, nu a suferit modificări semnificative, se observă, însă, o schimbare radicală la nivelul atitudinii părinţilor faţă de copii. Un număr tot mai mare de părinţi "îşi planifică" maximum un copil.

Începând cu 1990, numărul avorturilor în România l-a depăşit pe cel al naşterilor vii. Rata fertilităţii a scăzut sub nivelul de înlocuire. În spitalele din Bucureşti, se efectuau, în anii '90, câte 70-100 de avorturi în fiecare zi. În 2000, a fost înregistrat un număr de 234.521 de nou-născuţi, faţă de 369.554, în 1989. În aceeaşi perioadă, a crescut numărul de decese de la 247.001, 1990, la 255.820, în 2000.[39] Aceste două fenomene demografice, pe care sociologii le consideră fundamentale în evoluţia populaţiei, "şi-au unit forţele", determinând scăderea în mod dramatic a populaţiei.

Avortul continuă să fie principala „metodă de control" al fertilităţii în România, nesocotindu-se multitudinea consecinţelor nefaste. Femeile se plâng de stări depresive, boli nervoase, probleme sexuale şi izolare socială. Recensământul efectuat în 2002 arată că populaţia României a scăzut, după 1990, de la 23.201.835,

---

[37] *Evoluţia principalilor indicatori demografici în România în perioada 1989-2000*, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, p. 13

[38] Mureşan, Cornelia, *Evoluţia demografică a României/Tendinţe vechi, schimbări recente, perspective (1870-2030)*, Cluj-Napoca, Editura Presa universitară clujeană, 1999, p.166

[39] *Evoluţia principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989 -2000*, Centrul de calcul, statistică şi documentare medicală, p.4-5

la 21.698.181. Diferența foarte mare de 1.503.654 a fost determinată în mare parte de scăderea semnificativă a numărului naşterilor.

Sociologii prevestesc adâncirea golului demografic. „În anii 1965-1967, România a cunoscut prima perioadă de scădere a natalității, în istoria ei statistică (poate au mai fost şi alte asemenea perioade, dar neînregistrate) sub pragul înlocuirii generațiilor. Atunci a fost adoptată o legislație pro-natalistă, iar efectele ei s-au văzut imediat, determinând un *boom* demografic în 1968-1969. După aceea, s-a reinstalat vechea tendință. În 1973, situația era la nivelul efectiv al natalității din 1967. S-a revenit asupra legislației din 1967. Iarăşi a apărut un vârf demografic, în 1974-1975, după care s-a reinstalat vechea tendință, până în 1983, când a fost ultima revenire în forță a legislației pro-nataliste ceauşiste, urmată de ultimul *boom* demografic din 1983-1985. După 1985, s-a revenit la tendința de scădere. După 1990, această situație s-a accentuat. Generațiile care au apărut după 1985 au scăzut foarte repede – şi aceasta se poate uşor constata şi din numărul elevilor -, iar golul demografic masiv va apărea în 2005”.[40]

Schimbările de structură demografică a populației României vor continua. Această viziune sumbră este susținută, în accepțiunea sociologilor,[41] de scăderea în continuare a numărului naşterilor (în 1999, rata totală a fertilității a fost de 1,29 copii la o femeie) şi de creştere a mortalității (speranța de viață, în 1996, era de 65,30 ani la bărbați şi 73,09 ani la femei). Analizele ONU proiectează o scădere cu 16% a populației României în 2020, față de cea din 1996.[42] Această prognoză, însă, pare a fi depăşită de realitate, având în vedere rezultatele recensământului din 2002. În 2030, dacă se mențin actualele tendințe, scăderea ar putea ajunge la -17%, față de 1996 (3,8 milioane de oameni).[43] Durata medie de viață, în 2002, a fost de 66,3 la bărbați şi 67,8 la femei, cu mult sub valorile medii din Europa Occidentală (69 la bărbați şi 76 de ani la femei). [44]

Un studiu recent al Organizației Națiunilor Unite susține aceste previziuni, arătând că, în 2050, România va avea mai puțin cu 4 milioane de locuitori.[45] De altfel, în următorii 50 de ani, toate țările europene vor cunoaşte dezechilibre demografice majore determinate de creşterea numărului persoanelor în vârstă şi scăderea ratei natalității.

O viziune şi mai sumbră oferă cercetătorii americani de la World Population Prospects. În 2005, în România vor fi 19,8 milioane de locuitori, dintre care 17 milioane adulți şi 2.400.000, copii sub 14 ani. Pe termen lung, situația se va

---

[40] *“Golul demografic masiv va apărea în 2005”* - interviu cu prof. dr. Ioan Mihăilescu publicat în „Dosar Provita Media” nr. 9-10, aprilie 2003, http://www.provita.ro
[41] Mureşan, Cornelia, *op.cit.*, p.211
[42] *Ibidem*
[43] *Ibidem*
[44] Ziarul „România liberă”, 15 februarie 2003
[45] Ziarul “Național”, 12 martie 2003

deteriora în acelaşi ritm. Pentru anul 2050, se estimează că, la o populaţie de 16 milioane de locuitori, vor fi doar 2 milioane de copii. [46]

1.8 Sprijinul guvernului

Situaţia avortului este gestionată în mod deficitar de autorităţi. În mod teoretic, a fost creat un sistem, care ar trebui să impună controlul la toate nivelele. Ideea de bază a strategiilor aplicate în aceste structuri constă în reducerea numărului mare de avorturi prin promovarea contraceptivelor. Foarte multe servicii, mai cu seamă avortul şi cele din categoria planingului familial, sunt finanţate parţial sau în totalitate de stat. Prin programele incluse în "Strategia naţională în domeniul sănătăţii",[47] femeilor li se garantează un întreg şir de îngrijiri gratuite, care sunt incluse în pachetul de servicii de bază acoperit de asigurările medicale. Astfel, primesc îngrijiri prenatale gratuite, pe o perioadă îndelungată de timp, sau se asigură consiliere premergătoare concepţiei. Recomandările medicilor (categorie în care este inclus şi medicul de familie) se axează pe furnizarea de informaţii asupra pericolelor ce pot afecta dezvoltarea fătului (tutunul, alcoolul, infecţiile materne, cum ar fi: rubeola, toxoplasmoza, HIV şi alte infecţii cu transmitere sexuală), riscurilor asociate bolilor mamei şi celor asociate bolilor genetice. Numărul de consultaţii prenatale, pentru femeile cu sarcină normală, dusă până la termen, recomandat de Ministerul Sănătăţii şi Familiei, este de cel puţin 10.

Medicii români impun femeilor gravide să facă investigaţii de laborator, de sânge, de urină, examene bacteriologice ale secreţiei vaginale, screening pentru bolile cu transmitere sexuală, izoimunizare Rh.[48] Femeilor cu riscuri crescute la bolile cu transmitere sexuală, li se asigură antibiotice de rutină. Există dovezi care arată că administrarea profilactică de antibiotice în asemenea situaţii reduce incidenţa infecţiilor. Un tratament special li se garantează adolescentelor şi femeilor peste 40 de ani însărcinate, femeilor cu condiţii medicale preexistente, celor cu antecedente de intervenţie chirurgicală uterină, celor care solicită sterilizare simultană, femeilor cu antecedente de avort, precum şi celor care au boli cu transmitere sexuală.[49]

Din păcate, şi după 1990, s-a menţinut o discrepanţă foarte mare între programele guvernamentale şi realitate. În primul rând, sistemul legislativ din acest domeniu, impus în anii '90, se dovedeşte a fi anacronic. Dacă urmărim evoluţia stării de sănătate a populaţiei, după 1991, putem trage concluzia ca s-a instalat o adevărată criză a sănătăţii. Parametrii cei mai importanţi, cum sunt cei asociaţi

---

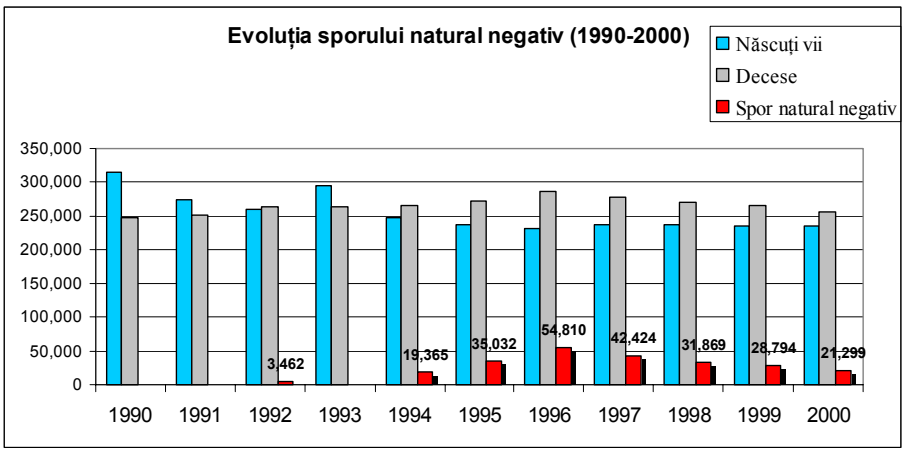
[46] Ziarul „Evenimentul zilei", 31 martie 2003

[47] *Relansarea reformei în domeniul sănătăţii. Strategii naţionale în domeniul sănătăţii,* Bucureşti, Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, Snagov, 5 decembrie 2001

[48] *Relansarea reformei în domeniul sănătăţii. Programe prioritare de sănătate pentru anul 2002*, MSF, CNAS, Snagov, 5 decembrie 2001, p.91-92

[49] *Studiul Sănătatea Reproducerii. România, 1999, Raport final martie 2001*, CDC ARSPMS, p.82-83

mortalității infantile, mortalității materne, bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv HIV/SIDA, bolilor aparatului circulator şi tuberculozei, situează România ca un caz special în Europa. În bună măsură, această stare a fost determinată de subfinanțarea sistemului de sănătate. Se menține încă, în managementul general, mentalitatea de dinainte de 1989, când sănătatea era considerată "un domeniu neproductiv". Aşa se face că bugetul în acest domeniu a rămas la valori dintre cele mai mici. În 1990-2000, cheltuielile pentru sănătatea publică au variat între 2,8% şi 4% din PIB, sau de la 28 la 61 de dolari/pe locuitor. [50] În toate țările foste comuniste cheltuielile din PIB pentru sănătate au fost mai mari: Bulgaria, 5%, iar Ungaria, Cehia, Polonia şi Slovenia, 5-8%.[51]



Această tendință face ca sistemul de sănătate să nu ofere răspunsuri la problemele de sănătate reale ale femeilor, mai ales ale celor care provin din rândul populației sărace, care, conform estimărilor oficiale, se ridică la aproape 50% (vezi capitolul "Problemele familiei româneşti"). Majoritatea maternităților, exceptând pe cele private, nu au dotarea tehnică, care să le asigure funcționarea în limitele standardelor europene.[52]

1.9 Poziția partidelor politice

Activitatea Ministerului Sănătății şi Familiei, în structura de după 2000 (guvern al Partidului Social Democrat), şi-a extins activitatea de bază, de „protecția şi

[50] Dr. Bartos, Daniela, Raportul "12 ani de tranzitie: bilantul sistemului de sanatate ca sector social", 5 noiembrie 2002, Conferinta FOCUS, Elvetia
[51] Mureşan, Cornelia, *op.cit.*, p.160
[52] Ziarul „Cotidianul", 19 august 2002

promovarea sănătății populației", propunându-şi să se implice „nemijlocit în domeniul protecției familiei", punând accent pe „protecția medico-socială a femeii şi copilului, îndeosebi a celor proveniți din categorii defavorizate". De fapt, orientarea MSF în domeniul avortului şi dezvoltarea strategiilor de promovare a contracepției nu s-a schimbat. Scăderea ratei avorturilor stă pusă în balanță cu folosirea contraceptivelor moderne. Din păcate, în realitate, numărul de avorturi este mult mai mare decât cel prevăzut de statisticile oficiale. Instituțiile guvernamentale nu au controlul la nivelul clinicilor private, iar în zona rurală, unde trăieşte peste 50% din populație, serviciile medicale devin din ce în ce mai proaste. În acelaşi timp, promovarea contracepției nu este însoțită de programe de educație sexuală adecvate. Numărul adolescentelor care apelează la avort creşte o dată cu scăderea vârstei începerii vieții sexuale. „Nu pot trece cu vederea creşterea concubinajului şi a divorțului, scăderea numărului de căsătorii. Este trist şi revoltător să vedem tot mai multe adolescente însărcinate care aleg drept rezolvare a problemelor lor pruncuciderea", apreciază Ion Iliescu, preşedintele României.[53] Este de remarcat, ca un fapt ce urmează să producă multiple efecte pozitive, inițiativa Comisiei de Sănătate a Camerei Deputaților de a promova un proiect de lege care să asigure un timp de reflecție, înainte de avort şi consilierea obligatorie a femeilor care solicită avortul. În timpul consilierii, moment care ar capăta, prin această lege, o importanță foarte mare, vor putea fi făcute mai bine cunoscute efectele nefaste ale avortului şi contracepției.

Nici celelalte partide politice nu şi-au conturat o poziție clară asupra avortului. Iar contracepția este înțeleasă ca singura soluție pentru reducerea numărului de avorturi. Paula Ivănescu, deputat, preşedinta Organizației de Femei a Partidului Democrat: „Când un senator PNȚCD a avut o inițiativă parlamentară, cu privire nu numai la interzicerea avortului, dar şi a mijloacelor de contracepție, din discuțiile avute, s-a văzut că un asemenea punct de vedere nu poate fi pus în condițiile României de acum. Sărăcia este cauza principală care a condus la un spor natural negativ. (...). Contracepția s-a dovedit a fi ca un mijloc pe care femeile îl aleg, fiind libere să hotărască ce să facă cu corpul lor, cu viața lor, cu destinul lor. (…) Partidul Democrat a constatat că nu există politici legate de susținerea familiei cu copii. De aceea noi elaborăm în prezent o strategie în domeniul demografic. Ideea de bază este să susținem populația României în limita a 22-23 milioane de locuitori. Asta înseamnă că generațiile viitoare, în termeni sociologi, ar trebui să aibă un model de familie cu 2-3 copii. Avem nevoie de politici de impozitare adecvată, astfel încât să fie deduse cheltuielile cu îmbrăcămintea copiilor, cu şcoala ş.a." [54]

Mona Muscă, deputat, vicepreşedinte PNL: „E bine să nu se ajungă la avort, pentru că, în felul acesta, cea mai frumoasă lucrare a omului, care este copilul, e pusă într-o situație foarte discutabilă din punct de vedere etic. Nivelul de trai foarte

[53] Ziarul "Curentul", 10 martie 2003

[54] Citatele de aici şi până la sfârşitul acestui capitol au fost luate din câteva interviuri, realizate de autorii cărții şi publicate în ziarul electronic Dosar Provita Media, http://www.provita.ro

scăzut îi face pe oameni să-şi pună întrebarea dacă să aibă sau nu copii. La această condiţie precară se adaugă şi lipsa unor ajutoare, care ar face mamei viaţa mai uşoară. Mă refer la nişte creşe bine întreţinute, la grădiniţe... Drept urmare, realitatea este împotriva conceperii copiilor. Nu e de mirare că există un număr mare de avorturi. (…) Referitor la contracepţie, cred că este de preferat protejarea în situaţia în care femeile nu vor să aibă copii. (…) Eu am convingerea că un nivel de trai mai ridicat ar da mai mare siguranţă tinerilor şi ar schimba în totalitate mentalitatea oamenilor. (…) Românii au avut întotdeauna mare respect pentru familie şi au manifestat mare dragoste pentru copii, pentru părinţi. Eu sunt convinsă că această tradiţie nici nu a murit, nici nu a fost abandonată. (…) Avem un proiect de lege privind combaterea violenţei în familie şi protecţia violenţei intrafamiliale."

Mitzura Arghezi, deputat, preşedinte al Organizaţiei de Femei a PRM: „Avortul constituie o soluţie brutală. Adolescentele şi tinerele nu ştiu ce mult rău le poate aduce un avort. Nu au fost învăţate, educate, acasă sau la şcoală. Nu pot să-mi dau seama de ce. Consider, însă, că e la latitudinea femeii dacă vrea să facă un avort sau să ia anticoncepţionale. (…) Femeile, în sărăcie, au o viaţă grea. Unele, cu siguranţă, ar vrea copii, dar nu pot."

Dondi Gÿongyke, deputat UDMR: „În partidul nostru, nu s-a discutat despre problema avorturilor, cel puţin în ultimul timp. (…) Toate femeile trebuie să evite avortul. Educaţia joacă un rol foarte mare în acest sens. Din şcoală ar trebui să se spună fetelor că avortul este un mare rău pentru sănătatea lor. Din păcate, tinerii au la televizor, în ziare, exemplele cele mai proaste... (…) Adolescentele ar trebui învăţate să înceapă viaţa sexuală după ce termină liceul. Faptul că au apărut cabinetele de planificare familială a schimbat întrucâtva viaţa situaţia femeilor, mai ales a tinerelor, care ştiu să-şi planifice venirea unui copil. Gândirea despre venirea pe lume a unui copil a evoluat. Toate acestea au contribuit la scăderea ratei avorturilor."

1.10 Reacţia medicilor ginecologi

Legislaţia şi normele care au urmat după 1990 nu au atenuat brutalitatea acestui act medical. Mulţi medici ginecologi-obstetricieni consideră că trebuie schimbată strategia Ministerului Sănătăţii şi Familiei care a urmat cursul imprimat în grabă în 1989.[55] Medicul Gheorghe Peltecu, directorul Spitalului „Filantropia" din Bucureşti, ginecolog de profesie, îi consideră pe „medicii ginecologi principalii răspunzători pentru creşterea numărului de avorturi, deoarece aceştia văd în chiuretaje o activitate

[55] Prof.dr. Bogdan Marinescu, fost secretar de stat la Ministerul Sănătăţii, consideră că legislaţia pro-avort a fost introdusă în 1989 „în grabă": „s-a forţat nota, atunci, în 1989. Populaţia României nu creşte excesiv, ci dimpotrivă, scade.", Dosar Provita Media, nr. 3, februarie 2003, http://www.provita.ro

zilnică, pe care vor să o păstreze."[56] În ultima vreme, tot mai mulți ginecologi s-au exprimat public împotriva avortului.[57]

Cei care lucrează în domeniul medicinii, care pot influența în mod direct evoluția fenomenului, ar trebui să grăbească revizuirea sau reformularea rolului medicinii în gestionarea avortului în România. Problemele de control al naşterilor şi de selecție a acestora se pot extinde inevitabil şi asupra problemelor de selecție a decesurilor şi a controlului acestora, la nivel individual sau de societate. Nu este prea târziu pentru medicină să mediteze asupra unei noi etici şi să fie gata să o aplice unui proces de dezvoltare firească pentru împlinirea şi binele omenirii, care tinde să aibă mai mult orientări pur biologice.[58]

În România, din februarie 1990, a luat ființă Asociația Medicilor Creştini. „Ne-am hotărât să ne structurăm într-o organizație, care să combine standardele profesionale cu filozofia de viață creştină... Corpusul medical din România devine sensibil la dimensiunea etică a avortului. Există deja nuclee sau centre de informare şi de acțiune în lumea medicală. Asociația Medicilor Creştini din România a început să ia atitudine publică vizavi de avort, prin conferințe, prin seminarii, prin declarații, prin scrisori trimise Parlamentului. În Timişoara, există tot mai mulți profesioniști neonantologi, pediatri, ginecologi, care au o filozofie de viață pro-vita, care spun că avortul nu trebuie să fie un mijloc de contracepție"[59], susține Ileana Radu, preşedinte al AMC din România.

2. MODELUL POLONIEI

Până în 1989, situația familiilor, femeilor şi copiilor din Polonia era asemănătoare cu cea a tuturor țărilor din spațiul comunist. Avortul fusese liberalizat în 1956, sub influența Moscovei. Consilierul cultural al Ambasadei Poloniei la Bucureşti, în 1993, Roman Wyborski, susține că scopul acestei decizii „a fost slăbirea vitalității populației poloneze"[60].

După căderea regimului comunist, mai multe forțe politice, printre care s-a remarcat Uniunea Creştin-Națională, au cerut interzicerea avorturilor. „O astfel de decizie, fiind considerată una de viață, nu trebuie să fie influențată de factori de natură economică sau politică. Legea avortului nu este o măsură singulară, ci reflectă o anumită atitudine politică față de viață, ce reiese din legislația unei țări. Iar statul, în acest caz, trebuie să facă față tuturor măsurilor care decurg de aici, adică protejarea mamei şi a copilului, educația copiilor etc."[61]

---

[56] Ziarul "Ziua", 13 decembrie 2002

[57] La reuniunea organizațiilor pro-vita din România, care a avut loc la Băile Herculane, în perioada 10-12 mai 2003, au participat foarte mulți medici ginecologi.

[58] Grady, John, *Abortion Yes or No?*, Rockfor, Illinois, Tan Books and Publishers, 1967, p. 27

[59] Interviu cu Ileana Radu, Dosar Provita Media, nr. 14, http://www.provita.ro

[60] Bărbătuş, Mihaela, „Pentru viață şi familie", grupaj publicat în „Actualitatea creştină" nr.5, 1993, p.19

[61] *Ibidem*

Legea privind planificarea familială, protejarea fătului şi condiţiile de întrerupere a sarcinilor a fost aprobată de Sejm, la 7 ianuarie 1993. Textul iniţial, nemodificat până la 4 ianuarie 1997, interzicea avortul „în toate cazurile".

Din 1997, deşi scopul legii a rămas neschimbat, cultivând grija pentru viaţa şi sănătatea mamelor şi a copiilor ca valoare fundamentală, avortul a devenit posibil, în condiţii cu totul speciale. Evaluările, făcute periodic de comisii speciale, discutate de organizaţii guvernamentale şi neguvernamentale, şi dezbătute anual în parlament, sunt pozitive.

Federaţia Poloneză a Mişcării Pro-life, care cuprinde 136 de organizaţii pro-vita şi pro-familia, federaţie care urmăreşte aplicarea legii privind planificarea familială, protejarea fătului şi condiţiile de întrerupere a sarcinii, consideră că beneficiile legii au crescut an de an.

În primul rând, s-a diminuat mult numărul avorturilor. În 2001, au existat doar 124 de avorturi legale, cu 14 mai puţin decât în anul anterior, ceea ce înseamnă că, la 10 mii de naşteri, există în medie 3 avorturi. Doar în trei provincii, rata avortului s-a menţinut mai mare (de trei ori) faţă de cea la nivel naţional. Continuă să fie invocate foarte des, mai ales în aceste cazuri, pericolele pe care le determină sarcina asupra sănătăţii şi vieţii mamei şi bolile incurabile ale fătului.

Evoluţia numărului avorturilor înregistrate în perioada 1987-2001[62]

Anul	Total avorturi	Ameninţarea sănătăţii mamei sau punerea vieţii în pericol	Examinări prenatale	Sarcina a fost rezultatul unei acţiuni prohibite	Motive medicale şi juridice	Situaţia socială dificilă a mamei	Avort la cerere
1990	59 417				1 500	24 400	33 400
1991	30 878				1 500	11 900	17 200
1992	11 640				1 300	3 900	6 400
1993	777	736	32	9	777	0	0
1994	782	689	74	19	782	0	0
1995	559	519	33	7	559	0	0
1996	505	457	40	8	505	0	0
1997	3 047	409	107	7	523	2 524	0
1998	253	199	45	9	253	0	0
1999	151	94	50	1	151	0	0
2000	138	81	55	2	138	0	0
2001	124	63	56	5	124	0	0

Prin lege, instituţiile prestatoare de servicii medicale trebuie să asigure îngrijirea prenatală şi medicală pentru femeile însărcinate şi îngrijirea postnatală a

[62] Comisia Guvernamentală privind Populaţia, *Demographic Situation in Poland,* rapoarte 1993-2000; Ministerul Sănătăţii şi al Problemelor Sociale, rapoarte 1997-2000; Center of Information Systems of Health Care, raport Statistic Research Program of Public Statistics 2001

femeilor şi copiilor. Din 1995, toate femeile însărcinate au fost incluse într-un program de examinări profilactice.

În anul 2001, potrivit Declaraţiei Federaţiei Poloneze a Mişcării Pro-Life, „creşterea complicaţiilor medicale grave legate de sarcină nu au fost confirmată." Statisticile arată că, în perioada aplicării legii, femeile nu au recurs la provocarea avortului, aşa cum anticipau opozanţii acestei legi. Numărul pierderilor spontane de sarcină scade mereu, după ce, în anii '90, această situaţie a avut, pentru o perioadă de timp, valori destul de ridicate. Din 2000, descreşterea numărului de astfel de cazuri s-a accentuat.

Numărul pierderilor de sarcină în perioada 1990 – 1998[63]

Anul	1990	1992	1994	1996	1997	1999	2000	2001
Număr de pierderi de sarcină	59 454	51 802	46 970	45 054	44 185	41 598	41 007	40 559
Numărul de pierderi de sarcini la 1000 femei de vârstă fertilă	6	5	4	4	4	4	4	3

Calitatea îngrijirii femeii înainte, în timpul sarcinii şi după naştere se poate deduce şi din modul cum a evoluat mortalitatea maternă, din motive obstetricale. O dată cu aplicarea legii, numărul deceselor femeilor a început să scadă, stabilizându-se la 20 de cazuri anual.

Acest fapt contrazice ipoteza că în Polonia se practică avorturile ilegale în număr mare. Un număr mare de avorturi ilegale presupune înmulţirea cazurilor cu complicaţii şi a deceselor legate de riscul obstetrical.

Numărul de decese maternale din cauza sarcinii şi a născuţilor morţi în perioada 1990 – 1999[64]

Anul	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Numărul de decese	70	70	51	44	36	26	21	24	19	21

Şi evoluţia mortalităţii infantile, care a scăzut mereu, evidenţiază creşterea calităţii serviciilor medicale.

Rata născuţi morţi în 1995-2001[65]

[63] Ministerul Sănătăţii şi al Problemelor Sociale, rapoarte 1997-2000; Center of Informative Systems of Health Care, date din 2001

[64] Nu există încă date pentru 2000-2001. Sursa: *Demographic Yearbook*, GUS, Warsaw, 1995-2001

[65] *Demographic Yearbook,* GUS, Warsaw, 1995-2001

Anul	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Rata născuți morți	7,3	7,0	6,1	6,2	6,2	5,6	5,5

Polonia se remarcă, de asemenea, ca o țară în care numărul cazurilor de nou-născuți morți scade constant. În general, este evidentă tendința actuală de îmbunătățire a tuturor indicatorilor ce se referă la sănătatea mamei şi a copilului. Federația Poloneză a Mişcării Pro-Life urmăreşte cu interes scăderea ratei copiilor născuți morți, considerând că guvernul polonez încă nu a luat toate măsurile în acest sens. În țările Uniunii Europene, această rată fluctuează între 2,5 şi 6,2.

Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii în perioada 1990 – 2001[66]

Anul	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Mortalitatea infantilă	19,3	18,2	17,5	16,2	15,1	13,6	12,2	10,2	9,6	8,9	8,1	7,7

În 2001, din informațiile oferite de Raportul guvernului, se constată că, în comparație cu anii trecuți, a crescut numărul serviciilor medicale (inclusiv examinări medicale invazive şi non-invazive).

Totuşi, după datele Ministerului Sănătății, numărul copiilor lăsați în maternități şi spitale, din cauza problemelor de sănătate a nou-născuților, a crescut. Fenomenul are, în continuare, o tendință uşor crescătoare. În Polonia, există posibilității legale ca mamele să-şi lase nou-născuții în spitale, în cazuri speciale, când părinții nu au suficiente condiții de a-i creşte. În 2001, au fost lăsați în spitale 899 de nou-născuți.

Spitalele cooperează cu casele de tip familial, cu centrele de adopție şi cu familiile care vor să adopte copii. O parte din nou-născuții abandonați, după proceduri legale, revin în familiile lor naturale. Un număr destul de mare din copiii lăsați în maternități provin din rândul imigranților ilegali. Copiii ai căror părinți au decăzut din drepturile părinteşti sau au renunțat la aceste drepturi pot fi adoptați sau luați în familiile-surogat.

În 2001, au fost înregistrate 60 de procese determinate de aplicarea legii privind planificarea familială, ceea ce înseamnă o descreştere cu 23 de cazuri față de 2000. De asemenea, din datele poliției, reiese că nu a crescut numărul cazurilor de infanticid.

Infanticid şi abandon cu decesul copilului[67]

Anul	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cazuri	53/1	59/0	56/0	52/3	42/4	44/2	43/3	38/4	31/1	47/0	26/0

[66] Ministerul Sănătății, raport 1998-2001; *Demographic Yearbook*, GUS, Warsaw, 1995-2001

[67] Press Group of Police Headquarters, materiale statistice, Warsaw, 2001

Legea obligă organele administraţiei centrale şi teritoriale să acorde femeilor însărcinate îngrijire medicală, socială şi juridică şi ajutoare materiale şi financiare. Din păcate, nivelul ajutoarelor materiale şi financiare a scăzut, în ultimul timp. În 2001, la votarea legii bugetului, guvernul a eliminat ajutorul material acordat femeilor sărace, care însemna două indemnizaţii plătite în ultimele două luni de sarcină.

Un ajutor foarte important pentru femeia însărcinată, mamă şi copil oferă instituţia Casa mamei singure, a cărei activitate este susţinută de organizaţiile de caritate, a Bisericii Catolice şi a altor culte, fundaţii, asociaţii şi persoane fizice şi juridice. Femeilor, aflate în situaţii dificile, li se poate oferi adăpost şi ajutor psihologic, material, pedagogic şi juridic.

Federaţia Poloneză a Mişcării Pro-Life consideră că efectele legii privind planificarea familială sunt pozitive. Conform datelor prezentate în raportul guvernului pe 2001, au fost observate următoarele efecte ale legii: numărul avorturilor a scăzut, numărul pierderilor spontane de sarcină a scăzut systematic, tendinţa pierderilor de sarcină la 1000 de femei de vârstă fertilă este descrescătoare, rata infanticidelor şi a abandonului, cu decesul copilului, nu a avut tendinţe crescătoare. În 2001, numărul acestora a fost cel mai mic din ultimul deceniu, şi ajutorul instituţional este în creştere.

Ewa Kowalewska, preşedinta HLI-Europe, organizaţie pro-vita din Polonia, susţine: „Naţiunea, care protejează viaţa umană de la concepţie, impune societăţii respectul şi responsabilitatea pentru cel mic şi slab. Aceasta ajută la configurarea unei societăţi civile cu standarde etice înalte. Analiza situaţiei scopului şi efectelor legii privind planificarea familială, protejarea fătului şi condiţiile de întrerupere a sarcinii, în cel de-al nouălea an, ne îndreptăţeşte să spunem că legea şi-a îndeplinit scopul”.[68]

3. TEHNICI DE AVORT

Avortul a fost legalizat pentru prima dată în lume în Uniunea Sovietică, în 1920. Toate ţările foste comuniste au urmat exemplul Moscovei, la sfârşitul anilor ’50. În spaţiul occidental, prima lege liberală a avortului, a apărut în Marea Britanie, la 17 octombrie 1967. A urmat apoi faimoasa decizie a Curţii Supreme a Statelor Unite în procesul Roe vs. Wade din 1973. Atunci, Curtea Supremă a SUA a hotărât că embrionul uman, până la 28 de săptămâni de la concepţie, nu poate fi considerat persoană protejată de stat şi, prin urmare, nu i se poate garanta protecţia prin lege.

[68] Dosar Provita Media nr.16, http://www.provita.ro

Pornind de la exemplul american, protecția, asigurată embrionului de lege până atunci, a fost retrasă progresiv în toate țările industrializate occidentale.[69]

Există un număr de tehnici de avort, care sunt folosite în mod curent în toată lumea. Fiecare dintre aceasta nu duce decât la omorul intenționat al unui copil. Cel mai adesea, metoda se alege în funcție de etapa de dezvoltare a fătului. Contează, bineînțeles, și tradiția locului, preferința mamelor, tehnica medicală disponibilă ș.a. În perioada de reflecție sau în timpul consilierii pre-avort a femeilor, care înclină spre avort, ar trebui să li se ofere o imagine corectă a intervențiilor chirurgicale la care vor să se expună. Numai așa pot fi bine văzute traumele fizice și emoționale ce la implică avortul.

Cele mai cunoscute metode de avort sunt: dilatarea și chiuretajul, aspirarea prin vacuum, prostaglandinele, histerotomia, histerectomia și tratamentul medicamentos cu RU-486. Avortul, ca un atac asupra embrionului în primele zile de viață, este provocat și de pilulele cu hormoni și dispozitivul intrauterin (DIU). Aceste avorturi constituie cam 30% din numărul celor convenționale.[70]

În România, potrivit legislației în vigoare, pot fi folosite toate aceste metode, cu excepția tratamentului medicamentos cu RU-486. Condiția absolută pentru efectuarea unui avort este ca acesta să fie efectuat de un medic, într-o unitate adecvată. Nu există obligația solicitării consimțământului partenerului/soțului, nici cea a acordării unei perioade de reflecție, de gândire înainte de avort, iar consilierea pre- și post-avort nu este oferită, de regulă, în România, cu excepția a câtorva clinici.

Cererea pentru avort, potrivit normelor legale, poate fi pusă în aplicare imediat, fără impunerea unui răgaz pentru luarea deciziei, în cazul sarcinilor de până la 12 săptămâni de la lipsa menstruației. Dincolo de această limită, sunt permise doar avorturile de natură terapeutică. Întreruperea sarcinii în acest caz trebuie să aibă motive medicale, care țin de mamă sau de făt. Operația are loc fie în unități din sistemul spitalicesc de stat, fie în clinici și cabinete private de obstetrică și ginecologie. În unitățile de stat, internarea și externarea are loc în aceeași zi iar în cele din sistemul privat, pe lângă serviciul ambulatoriu, se practică și spitalizarea.

3.1 Dilatația și aspirația

Dilatația și aspirația este cea mai utilizată metodă abortivă. Ea se folosește cel mai adesea în cazul sarcinilor aflate între 9 și 12 săptămâni, când avortul se poate face „la cerere". Metoda constă în aspirarea violentă a embrionului și a țesuturilor adiacente din uter. Operația debutează cu anestezie locală sau generală. Pentru dilatarea colului cervical se folosesc fie metode mecanice, cel mai adesea se

[69] Seaudeau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est" în *Congresul Internațional «Familia și viața la începutul unui mileniu creștin»*, București, 25-27 sept. 2001, p.278

[70] Prof.dr. Ancăr, Virgiliu, interviu, Dosar Provita Media, nr. 2, februarie 2003, http://www.provita.ro

apelează la aşa-numitele dilatatoare (cu bujii sau laminarii), fie medicamentele (analogi de prostaglandine).[71] Aspirarea se face cu ajutorul unei canule, legate la o pompă de vid. Pentru că trupul copilului nu poate fi scos întreg, acesta este făcut bucăţi, pe care o pompă cu o forţă de 10 ori mai mare ca a unui aspirator casnic, le aspiră. În final, după ce totul este scos afară prin mişcări mecanice violente, medicul ginecolog face un control riguros, pentru a fi sigur că nu a mai rămas nimic înăuntru. Chiuretajul final este obligatoriu, căci orice bucăţică de ţesut rămasă în uter ar putea declanşa o infecţie. Embrionii de dimensiuni mici, aflaţi la o vârstă de câteva săptămâni, pot fi aspiraţi printr-o canulă, al cărui diametru este de maximum 8 mm. În acest caz, nu se mai face anestezie generală.

3.2 Dilatația şi chiuretajul

Această tehnică nu mai este, în acest moment, una separată, fiind inclusă în procedura dilataţiei şi evacuării. Dilatația şi chiuretajul se foloseşte în cazul sarcinilor timpurii, între 5 şi 12 săptămâni. Dilatația colului uterin se face urmând aceleaşi proceduri de mai sus, apoi se introduce o chiuretă-ferestrău, cu ajutorul căreia medicul va tăia în bucăţi mici fătul. După ce scoate bucăţile, medicul răzuieşte pereţii uterului, ca să desprindă placenta. Dacă operația nu este făcută cu atenţie, dacă placenta nu este complet îndepărtată, pot apărea hemoragii abundente şi infecţii. În cazul dilataţiei şi evacuării, ca instrument chirurgical de bază, se foloseşte forcepsul. Folosirea lui este combinată cu aspirația, când sunt scoase afară, prin aspirare, bucăţile din făt şi ţesut adiacent. În cazul unei sarcini avansate, când oasele copilului au început să se calcifieze, operația presupune mari dureri. Medicul va sfărâma cu forcepsul oasele şi craniul copilului. Metoda dilataţiei şi chiuretajului se practică în cazul sarcinilor mari şi este combinată cu metoda dilataţiei şi evacuării.

Riscurile avortului pentru o femeie cresc foarte mult, o dată cu începerea celui de-al doilea trimestru de sarcină. În aceste cazuri, intervenţiile se fac de către medici experimentaţi, cu instrumente adecvate, numai în anumite spitale. De cele mai multe ori, se apelează la metode speciale. În spitalele americane, pentru sarcinile tardive, mai mari de 20 de săptămâni, în cazul aşa-numitului „avort prin naştere parţială", se foloseşte metoda dilataţiei şi extracţiei. De fapt, procedura este o naştere parţială. De altfel, chiar în Statele Unite, foarte puţini medici au curajul să o facă. După ce colul uterin a fost dilatat, fătul este tras cu violenţă afară. Cel mai adesea, extracția se face prinzând copiii de picioare. Când se extrage capul, operația implică o violenţă ieşită din comun. Mai întâi, medicii aspiră creierul copilului cu tubul de absorbţie astfel încât capul să-i fie scos mai uşor.

[71] Niţescu, Vasile, *Obstetrică şi ginecologie*, Bucureşti, Editura didactică şi pedagogică, pp.93-98

3.3 Alte metode de avort

3.3.1 Prostaglandinele

Prostaglandinele sunt hormoni sau substanţe asemenea hormonilor, care se administrează femeilor gravide fie în venă, fie direct în uter. Ele determină contractarea uterului, ceea ce duce la naşterea prematură a copilului. Pentru ca fătul să nu se nască viu, se injectează uree sau apă sărată în sacul amniotic sau clorură de potasiu în copil. Prostaglandinele produc avort în peste 90% din cazuri.[72]

3.3.2 Avortul prin instilații cu diverse soluții

Această metodă constă în introducerea unei soluții de sare concentrată în uter sau formol (metoda Boëro). Copilul moare lent. Operațiunea este foarte dureroasă şi pentru mamă. Această metodă se practică numai când există indicații medicale în sarcini tardive (20-26 de săptămâni) sau când alte metode medicale sau chirurgicale au dat greş.

3.3.3 Histerotomia

Histerotomia este o metodă similară naşterii prin cezariană. Operația se realizează sub anestezie generală. Copilul se scoate de multe ori viu, cu tot cu placentă şi cu sacul amniotic. Metoda este foarte rar folosită, implicând multe riscuri pentru mamă.

3.3.4 Histerectomia

Avortul prin histerectomie constă de fapt în îndepărtarea întregului uter. De obicei, se foloseşte atunci când femeia suferă de boli grave ale uterului (mioame, fibroame uterine etc.).

3.3.5 RU-486

Medicamentul RU-486 a fost omologat pentru prima dată în Franța. În literatura de specialitate, mai poartă denumirea de Mifepristone, fiind primul antiprogestativ disponibil. Pe lângă Franța, medicamentul este utilizat în mod legal în mai multe țări ale lumii, printre care Suedia, Marea Britanie, SUA şi China. RU-486 nu este încă

[72] *Ibidem*, pp.93-98

autorizat în România. Cel mai des este folosit în China, ca o alternativă la metodele nechirurgicale de avort.

La mai puţin de 9 săptămâni de la ultima menstruaţie sau în primele săptămâni de sarcină, se administrează o singură doză orală de Mifepristone. După două zile, femeii i se administrează o injecţie sau un supozitor vaginal, conţinând o prostaglandină care provoacă contractarea uterului şi, în final, desprinderea embrionului. Embrionul este expulzat în aceeaşi zi în care s-a administrat prostaglandina. Multe femei la care procedeul nu dă rezultate, trebuie să apeleze la proceduri chirurgicale, căci, în caz contrar, pot ajunge la infecţii grave. RU-486 are multe efecte nocive asupra organismului femeii.

Studii făcute în Franţa arată că substanţa lui activă traversează placenta, ceea ce duce la apariţia multor defecte la naştere, dacă se continuă sarcina. Sunt semnificative complicaţiile de natură cardio-vasculară la femeile fumătoare. Cu toate acestea, Organizaţia Mondială a Sănătăţii finanţează testarea produsului în mai multe ţări (în Ungaria, de exemplu).

În SUA, RU-486, denumit şi Mifeprex, a fost aprobat de către Administraţia pentru Medicamente şi Alimentaţie în septembrie 2000. În februarie 2003, a fost depus un proiect de lege pentru restricţionarea utilizării medicamentului RU-486, din cauză că cel puţin 4 femei cu sarcină ectopice au murit, după utilizarea acestuia. Mai multe organizaţii pro-vita au cerut chiar retragerea sa de pe piaţă. Administraţia pentru Medicamente şi Alimentaţie avertizează medicii să nu prescrie medicamentul în sarcinile ectopice, în asemenea cazuri fiind absolut necesară intervenţia chirurgicală. Sarcina extrauterină reprezintă o problemă de sănătate majoră a femeilor din SUA (constituie 2% din totalul sarcinilor) şi este principala cauză de deces asociată sarcinii (9% din totalul deceselor asociate sarcinii), în primul trimestru de sarcină.[73]

[73] Pro-Life Infonet, 21 noiembrie 2002

CONTRACEPȚIA

În momentul concepției, care trebuie înțeleasă ca începutul sarcinii, celula bărbatului penetrează celula femeii în trompa uterină. Într-un timp scurt, se formează embrionul, care se fixează în țesutul uterin. Substanțele abortive pot ataca această formă de viață încă din primele momente, ce urmează după concepție. Există dispozitive sau medicamente care împiedică ființa nou concepută să se fixeze în țesutul uterin. În asemenea cazuri, ea este expulzată din uter, printr-un avort spontan. Toate substanțele sau dispozitivele contraceptive, care au un asemenea efect, care provoacă avortul, trebuie incluse în categoria celor abortive.

1.1 Utilizarea contraceptivelor în România

În România, de-a lungul timpului, au fost folosite cu precădere metodele naturale de contracepție. Metodele moderne, la scară mare, sunt de dată recentă. Pilulele sau anticoncepționalele orale, cu progesteron sau cu progesteron şi estrogen şi dispozitivele intrauterine (DIU), care sunt şi cele mai utilizate în România, au apărut pe piață în mod oficial după 1989. La 26 decembrie 1989, a fost abrogată legislația restrictivă, emisă în 1966 şi dezvoltată în anii care au urmat. Unele dintre metodele de contracepție modernă au circulat pe piața neagră şi înainte de 1989. Prezența lor a fost semnalată mai ales în Transilvania, fiind aduse din Ungaria.1

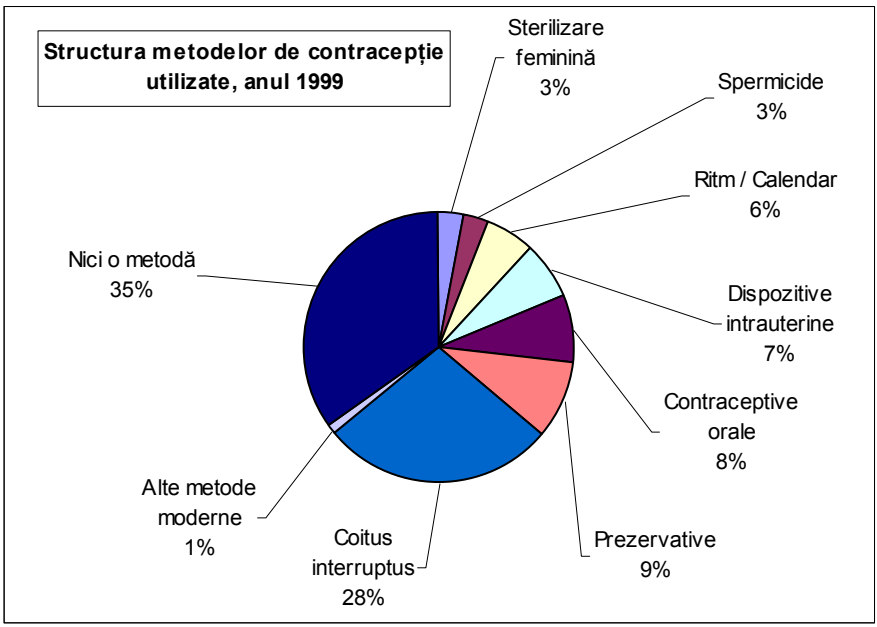
După cum au constatat şi numeroase instituții, care dezvoltă programe de planificare familială, în România, informațiile despre contracepție sunt deficitare. Se cunosc foarte puțin riscurile pe care le implică contracepția modernă, riscuri ce pot merge până la decesul mamei. Din statisticile organizațiilor care militează agresiv pentru contracepție, reiese că utilizarea acestor metode a crescut foarte mult, mai ales după 1993.2 Se vorbeşte de o aliniere la tendințele mondiale, care impun contracepția ca soluție a scăderii numărului mare de avorturi. Toate aceste transformări însă conduc la scăderea fertilității an de an, într-un ritm nemaiîntâlnit în istoria României.

După datele UNICEF, la nivelul anului 1992, rata fertilității, la nivel mondial, înregistrase o diminuare cu 25%, în 15 ani.3 Utilizarea contracepției pe scară largă,

1 Dr. Horga, Mihai, „Contraception and Abortion in Romania", Backround paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy in Romania", oct. 2001, p.17
2 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p.128
3 Raportul *State of The World's Children*, UNICEF, 1992

în România, ca alternativă la avort, şi-a arătat efectele. Rata avorturilor se menţine, în continuare, la un nivel foarte ridicat. România se află în grupul restrâns de ţări cu un nivel foarte mare al numărului de avorturi. În acelaşi timp, presiunea pe care au indus-o campaniile de promovare a contracepţiei, la nivelul societăţii, au condus la minimalizarea altor puncte de vedere, mai ales cele pro-vita, astfel încât sunt total ignorate efectele acestor „produse" la nivelul sănătăţii şi al mentalităţilor, asociate actului sexual. Generaţiile tinere devin din ce în ce mai vulnerabile, din punct de vedere fizic, după un consum îndelungat de substanţe hormonale. Vulnerabilităţile de la nivelul sănătăţii, în aceste condiţii, se extind şi asupra sănătăţii morale, situaţie confirmată de sociologi, care arată o diminuare a capacităţii de asumare a responsabilităţilor. Contracepţia a devenit un concept, ale cărui consecinţe negative, în acest vârtej general, nu pot fi analizate cu luciditate. Neliniştile create de escaladarea situaţiilor avortului îi conferă rang de primă soluţie.

În 1984, Raportul Warnock, elaborat de comisia cu acelaşi nume din Marea Britanie, a deschis calea acestei „mode". Unul din punctele de vedere ale acelui document, adică aprecierea că organismul uman nu este diferenţiat în primele 14 zile, astfel încât să-i confere acestuia statutul de persoană umană, cu toate calităţile ce decurg de aici, a căpătat o recunoaştere generală. Pe acest temei s-a impus şi dezvoltatrea contracepţiei hormonale şi cercetările distructive pe embrioni.



Sursa: **Strategii naţionale în domeniul sănătăţii, Ministerul Sănătăţii şi Familiei,** Snagov, 5 decembrie 2001, p.70

1.2 Metodele abortive de contracepție

Din categoria metodelor contraceptive abortive fac parte:
- pilulele „de-a doua zi" (contracepția de urgență);
- dispozitivele intrauterine;
- contraceptivele injectabile;
- implanturile subdermice;
- pilulele cu progesteron şi estrogen sau doar progesteron, aşa-numitele anticoncepționalele hormonale orale.

1.2.1 Contracepția de urgență

Sub această denumire sunt cunoscute contraceptivele care se folosesc în maxim 72 de ore (3 zile) de la actul sexual neprotejat. Substanțele, pe care le conțin aceste pilule, hormoni sintetici, îşi fac efectul după fertilizare, împiedicând implantarea ovulului în uter. Contracepția de urgență, cu toate efectele pe care le presupune, include şi dispozitivul intrauterin (DIU),4 care, dacă este fixat în limita a cinci zile de la actul sexual neprotejat, produce efecte ca şi celelalte mijloace din această categorie. Steriletul poate fi instalat de medici în toate clinicile de planificare familială, din România, atât de stat, cât şi private".5

Atât pilula de-a doua zi, cât şi steriletul sunt incluse în programele de planificare familială. Lipsa unui sistem informațional medical adecvat6 face să nu existe date precise, privind gradul de utilizare al acestor metode. O campanie amplă de promovare a acestor produse a început în anul 2002.

1.2.1.1 Pilulele „de a doua zi"

Denumirea este improprie - căci pilulele pot fi utilizate până în a treia zi după actul sexual. În țările occidentale (în Marea Britanie, de exemplu), ele au fost disponibile începând cu anii '90. Levonelle-2, unul dintre acestea (de generație nouă), care conține 750 de mg de levonorgestrel, a devenit accesibil în mod legal, în ultimii ani, şi adolescentelor până la vârsta de 16 ani, fără rețetă medicală, în Marea Britanie.7

4 Lumsden, Mary Ann şi Hickey, Martha (coord.), *Totul despre sănătatea femeii*, Bucureşti, Polimark, 2002, p.127
5 Horga, Mihai, *op.cit.,* p.17
6 *Ibidem*, p.17
7 *A Way of Life*, p.17-18

Pilulele cu un conţinut de 750 de mg de levonorgestrel au fost contraceptivele cele mai căutate pe piaţa neagră, în România, înainte de 1989. Ele se aduceau din Ungaria, fiind utilizate pe larg mai ales în nordul ţării.8

După 1989, circulaţia acestor produse de contracepţie s-a intensificat. Medicii recomandau un dozaj combinat de estro-progestin, care trebuia luat în 4 doze mici, în decurs de 72 de ore, de la actul sexual neprotejat. Dozele astfel combinate trebuiau repetate după 12 ore. Dacă se prefera doar progestinul, se indica folosirea a 2 pastile de Postinor, la un interval de 12 ore. În ultimii ani, a fost introdus un produs de contracepţie, din aceeaşi gamă, fiind înregistrat în mod oficial şi pus în vânzare.9 „Consilierea şi supravegherea medicală se fac în conformitate cu standardele clinice ale International Planned Parenthood Federation".10

Substanţele hormonale, prezente în doze variate, au efecte abortive. Ele previn sau întârzie ovulaţia, îngroaşă mucusul cervixului, încetinesc timpul de tranzit al ovulului, prin alterarea mişcărilor trompelor uterine sau prin afectarea endometrului. Toate aceste moduri de acţiune împiedică embrionul să se implanteze.

Despre pilulele de-a doua zi, la nivelul opiniei publice, nu se cunoaşte foarte mult în România. Informaţii au apărut sporadic în presă.11 Se ştie, în principal, că acestea împiedică concepţia. Ele împiedică însă şi implantarea, fapt pentru care trebuie incluse în categoria metodelor abortive. De altfel, multe companii producătoare au recunoscut că acesta este efectul lor principal.12

Campanii ample de promovare, cu o susţinere financiară impresionantă, au făcut ca pilulele de-a doua zi să fie foarte cunoscute şi folosite pe larg în ţările occidentale. În anul 2000, în Marea Britanie, au fost organizate peste un milion de cursuri pentru folosirea produselor din această categorie. Astfel, femeile din Marea Britanie iau două tablete de Levonelle-2, care conţine fiecare 750 de mg de levonorgestrel, substanţă din clasa progestagenelor, la un interval de 12 ore. În timpul administrării a două tablete de Levonelle-2 într-un interval de 12 ore, se consumă de 50 de ori doza zilnică (de 30 mg) a unei pilule hormonale convenţionale Norgestrel.

Contraceptivele de urgenţă comportă multe riscuri pentru sănătatea femeii. Ele nu asigură protecţia împotriva bolilor cu transmitere sexuală, boli care au fost scăpate de sub control. În cazul sifilisului şi HIV/SIDA, singurele boli cu transmitere sexuală care sunt monitorizate, situaţia a devenit dramatică, astfel că România are una dintre cele mai mari rate la sifilis din Europa iar numărul de îmbolnăviri HIV/SIDA, la adulţi, creşte exploziv (vezi capitolul „Problemele familiei").

---

8 Horga, Mihai, *op.cit.*, p.17
9 *Ibidem*
10 *Ibidem*
11 Ziarul „Cronica Română", 11 august 2003
12 *A Way of Life*, *p.*17-18

1.2.1.2 Dispozitivele intrauterine

Cel mai cunoscut dispozitiv intrauterin (DIU), denumit şi sterilet, constă dintr-un corp mic, flexibil, din aramă. El se introduce în cavitatea uterină, unde poate rămâne între 3 şi 10 ani. Perioada depinde, de altfel, de tipul produsului. Steriletul, care este asociat contracepției de urgență poate fi inserat într-un interval de 5 zile de la actul sexual neprotejat. Peste 106 milioane de femei din Europa şi Statele Unite apelează la această metodă de contracepție de urgență.

Corpul de aramă, în mediul uterului, emite, în fiecare zi, între 5 şi 75 de mg de cupru ionic, doză care este suficientă pentru a preveni implantarea. Din 1986, a început să fie folosit un nou produs, DIU Progestasert, sterilet a cărui acțiune se bazează pe o doză de 18 mg de progesteron.13 Această substanță, emisă zilnic, fie împiedică fecundarea ovulelor, fie blochează nidația. În prezent, se folosesc foarte mult dispozitivele intrauterine cu levonorgestrel, cunoscute ca dispozitivul Mirena14. Se apreciază că aproape 2 milioane de femei în Europa îl utilizează. În anul 2000 a fost aprobată comercializarea lui şi în Statele Unite. Novogestrelul, substanță activă din gama progestagenelor, împiedică concepția şi, în multe cazuri, provoacă avorturi premature. Cercetările făcute în Statele Unite, de către Administrația pentru Medicamente şi Alimentație, au arătat că efectul principal al dispozitivului intrauterin constă în împiedicarea implantării oului fertilizat, concluzionând că DIU nu împiedică ovulația, ci implantarea.15 În 1990, un ginecolog englez, Peter Diggory, într-o scrisoare publicată în ziarul *The Independent*, a arătat că „aşa cum se întâmplă cu pilula care elimină numai progesteron, şi pilula «de a doua zi» şi DIU previn implantarea pre-embrionului. Femeile, care apreciază că aceast fapt este împotriva principiilor lor, trebuie să aleagă alte metode."16

Dispozitivele intrauterine de toate genurile sunt folosite din ce în ce mai mult în România, fiind eliberate de farmacii, în condițiile existenței unei recomandări a medicului de obstetrică-ginecologie. Sursa principală, totuşi, o constituie spitalele publice. Montarea lui se face de obicei într-o unitate medicală.

1.2.2 Pilule contraceptive orale

Contracepția orală hormonală, la care apelează peste 60 de milioane de femei, reprezintă metoda cea mai folosită din grupa contraceptivelor hormonale.17 Pilulele conțin fie estrogen combinat cu progesteron, fie doar progesteron. Clasificarea lor se

13 Vârtej, Petrache, „Ginecologie", Bucureşti, All, 2002, pag. 424
14 *Ibidem*, p.424
15 *A Way of Life*, p. 18
16 *Apud A Way of Life*, p. 18
17 Vârtej, Petrache, *op. cit.*, pag. 415

face, ţinându-se cont de natura substanţei active, de dozaj (pilule fazice) şi de modul de administrare (21 de zile, non-stop etc.)

Atât pilulele cu progesteron, cât şi pilulele cu progesteron şi estrogen împiedică ovulaţia, subţiază endometrul, făcându-l impropriu pentru nidaţie, sau blochează drumul spermatozoizilor.18 Toate aceste efecte, în cele mai multe cazuri, provoacă avorturi premature. Pilulele bazate doar pe progesteron au o eficienţă ridicată, de 90-95%, iar cele cu progesteron şi estrogen, 90-96%. Se estimează că 40% din femeile care folosesc pilule cu progesteron au cel puţin o ovulaţie pe an, însă numai 5-10% dintre acestea devin însărcinate. Presupunând că au relaţii sexuale frecvente, există o mare probabilitate ca avorturile precoce sau menstruale să apară şi ele la fel de frecvent.19 Prin urmare, numărul avorturilor premature este mult mai ridicat decât cel cunoscut.

Pilulele pe bază de progesteron şi estrogen, care conţin doi hormoni, împiedică mai bine ovulaţia decât cele care conţin doar progesteron. În condiţiile unor raporturi sexuale normale, şi acestea produc frecvent un număr semnificativ de avorturi precoce,20 căci, anual, la 0,5% din femeile, care utilizează aceste pilule, se depistează sarcini.

În România, contraceptivele orale combinate şi cele cu progesteron provin din import şi sunt disponibile sub diferite nume de mărci: Minidril, Varnoline, Diane 35, Mercilon şi Microgynon 30 ş.a.

1.2.3 Implanturile subdermice

Implanturile subdermice, de tip Norplant, îşi produc efectele contraceptive, pornind de la reacţia levonorgestrelului, un progestativ, pe care îl produce constant, timp îndelungat, aproape 5 ani. Metoda a devenit specifică ţărilor în curs de dezvoltare. „Beţişoarele", care sunt de fapt capsule pline cu progestativ, presupun multe riscuri. Sunt greu de îndepărtat şi produc efecte colaterale, ce constau în dificultăţi de vedere, dureri de cap şi vomă. Levonorgestrelul previne concepţia, prin inhibarea ovulaţiei şi prin îngroşarea mucusului cervical. Are şi un caracter incontestabil abortiv, pentru că substanţa activă produsă subţiază endometrul (ţesutul interior al uterului), ceea ce duce la inhibarea implantării. Ovulaţia are loc la aproximativ 41% din cazuri iar statisticile arată o rată a sarcinii de 3,5%. Acest fapt sugerează că Norplantul, de fapt, în majoritatea cazurilor, îşi manifestă „calităţile" abortive. În România, produsul nu este bine cunoscut, nefiind prezent în campaniile de promovare a programelor de planning familial. Ancheta realizată de autorii *Studiului Sănătatea Reproducerii, România 1999*21 arată că medicamentul nu este disponibil pe piaţa românească.

---

18 *Ibidem*, pag.419
19 *A Way of Life*, p. 19
20 *Ibidem*, p. 19
21 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p.154

1.2.4 Injecțiile pentru controlul naşterii

Metoda constă în introducerea, pe cale injectabilă, de substanțe progestative. Este utilizată mai ales de femeile care au interdicție la estrogen. Un produs din această gamă, foarte mult folosit în lume, este Depo-Provera. Denumit şi medroxiprogesteron acetat sau DMPA, el se administrează la intervale mari de timp, respectiv (3 luni).22 Substanța sa activă subțiază învelişul interior al uterului, inhibând implantarea embrionului. Cercetările făcute, pe piața americană, asupra efectelor acestui produs, au scos în evidență caracterul lui carcinogen. Administrația pentru Medicamente şi Alimentație din SUA a respins produsul, în 1974, subliniind efectele nocive pe care le poate avea asupra celor care îl folosesc. În ultimii ani, au fost date publicității mai multe studii cu privire la rolul acestuia în producerea cancerului de sân, fapt ce nu a împiedicat răspândirea sa. Peste 100 de țări acceptă, cu toate riscurile, acest produs.23

1.2.5 Vaccinurile

Vaccinurile acționează asupra sistemului imunitar al femeii, astfel încât sperma, oul sau embrionii au reacție imună. Altele afectează partea embrionului din care mai târziu se formează placenta, ceea ce face ca implantarea să eşueze.

1.3 Sursele contraceptivelor

Statul român oferă în mod gratuit aceste produse, care până în anul 2000 aveau un preț ridicat, grupurilor de populație dezavantajate, cum ar fi: persoane fără venit, studenți, şomeri sau cei care beneficiază de asistență socială etc.24 Cu bani de la buget, sunt sprijinite multe unități comerciale pentru a-şi intensifica vânzările de contraceptive. Ministerul Sănătății şi Familiei patronează un program social, prin care oferă femeilor şi tinerelor contraceptive orale la preț mic. Pe de altă parte, foarte multe agenții internaționale, ca UNFPA sau USAID, finanțează programe de distribuire gratuită a unor mari cantități din aceste produse. Evaluările Ministerului Sănătății şi Familiei arată că finanțările sunt făcute totuşi mai mult cu bani publici decât cu bani obținuți din sectorul privat. Cele mai multe contraceptive sunt furnizate de sectorul public, adică de spitale, care au secții de ginecologie, dar şi de clinici cu cabinete de planificare familială, de policlinici şi de dispensare.

22 Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p.423
23 *A Way of Life*, p.19
24 Horga, Mihai, *op.cit.*, p.11

Serviciile de contracepție sunt finanțate de Fondul de Asigurare al Sănătății. Medicii de familie pot oferi consultații pentru planificare familială, îngrijire prenatală şi îngrijire a sănătății maternale. Consultațiile de planning familial, în cabinetele medicale şi spitale, sunt gratuite. Multe dintre aceste cabinete pot asigura o consiliere specializată. Servicii asemănătoare sunt oferite, în aceleaşi condiții, în clinicile de specialitate din cadrul maternităților.

1.4 Promovarea agresivă a contracepției abortive

Atât statul, prin programele Ministerului Sănătății şi Familiei, cât şi foarte multe organizații naționale şi internaționale susțin programe ample de promovare a contraceptivelor. Toate aceste instituții îşi propun, pe această cale, să reducă numărul mare de avorturi. MSF a oferit periodic sume foarte mari pentru achiziționarea masivă de contraceptive orale, DIU şi prezervative. Numai în 1997, au fost cheltuiți 500 de mii de dolari, bani împrumutați de la Banca Mondială, pentru procurarea şi distribuirea de contraceptive, „în mod gratuit, pentru eleve, studente şi femei cu afecțiuni cronice".25 În anul 2003, au fost alocați pentru achiziționarea de contraceptive 14 miliarde de lei. 26

Prin programe atât de costisitoare, MSF îşi propune să contracareze situația grea din domeniul avorturilor. În acelaşi timp, a transmis semnale îngrijorătoare cu privire la scăderea fertilității, implicit a natalității. Aproape 10% din totalul celor aproape 230 de mii de avorturi, din 2001, revin categoriei sub 19 ani. De asemenea, a crescut numărul gravidelor mai mici de 16 ani, număr care, în 2001, a fost aproximativ de 700.27

Instituții, care cercetează efectul anticoncepționalelor asupra sănătății femeilor, arată că un număr mare de avorturi poate fi determinat şi de eşecul anticoncepționalelor. Prestigioasa publicație *Wall Street Journal* (26 aprilie 1991) precizează că în SUA două treimi din cele trei milioane de sarcini „neplanificate", înregistrate în această țară, se datorează eşecului anticoncepționalelor. Cotidianul *The Telegraph,* Marea Britanie (12 decembrie 2002), apreciază că „femeile implicate în controlul naşterilor sunt mult mai tentate să facă un avort, decât cele care nu utilizează metode de control al naşterilor".

De multe ori, informațiile despre produsele de contracepție sunt oferite fără a se prezenta consecințele. Reprezentanții MSF consideră că „multe românce au idei preconcepute conform cărora ar exista efecte secundare ale metodelor de contracepție hormonală, precum creşterea în greutate, pilozitatea excesivă a feței sau

25 Ziarul "România liberă", 27 ianuarie 1997
26 Ziarul "Ziua", 18 martie 2003
27 Ziarul "Curierul Național, 18 martie 2003

chiar favorizarea unor anumite forme de cancer",28 minimalizând astfel riscurile asociate folosirii lor.

În acelaşi timp, în România, au fost iniţiate puţine cercetări, care să evidenţieze realităţile ce decurg din folosirea contraceptivelor (vezi capitolul „Consecinţele avortului"). Faptul că în discursurile de promovare a acestor „produse" se foloseşte sintagma „sănătatea reproducerii" sugerează prezenţa în continuare a mentalităţilor din perioada comunistă. Se apelează la acelaşi model reducţionist de a înţelege lucrurile. Şi atunci, ca şi acum, se practicau politici agresive de „control al reproducerii".

Majoritatea contraceptivelor, care au acelaşi statut legal ca celelalte medicamente, ajung pe piaţa românească din import. Cei care le achiziţionează trebuie să se supună unei proceduri, aprobate de Ministerul Sănătăţii şi de Agenţia Naţională pentru Medicamente. În mod legal, trebuie să aibă un certificat de calitate şi să fie înregistrate. Produsele, care provin din cadrul statelor membre ale Convenţiei pentru Recunoaştere Reciprocă a Inspecţiei Farmaceutice, sunt scutite de control.29

Nu există reglementări legale care să se refere în mod special la contraceptive.30 În informarea opiniei publice asupra folosirii lor nu se ţine seama decât de interesele comerciale. Ministerul Sănătăţii şi Familiei susţine un program pentru promovarea sănătăţii reproducerii, în baza căruia, începând cu anul 1998, s-au desfăşurat mai multe campanii publice privind folosirea mijloacelor moderne de contracepţie. Femeilor li se oferă contraceptivele ca alternativă la avorturile chirurgicale.

1.5 Utilizarea contracepţiei în România

Influenţa contracepţiei a crescut mai ales după 1993. La femeile cu vârste cuprinse între 15 şi 44 de ani utilizarea a crescut de la 57%, la 64%, în perioada 1993-1999.31 Mijloacelor aşa-zis moderne le revin procente mai mici, 23,3%, la femei şi 22,8%, la bărbaţi.32 Din aceste grupuri restrânse fac parte femeile cu un nivel de viaţă şi educaţional ridicat. Acest fapt vine oarecum în contradicţie cu teza organizaţiilor care promovează contracepţia modernă, potrivit cărora numărul de sarcini nedorite din motive socio-economice ar putea scădea numai pe calea contracepţiei. În realitate metodele moderne de contracepţie sunt acceptate tot mai mult de femeile tinere, fără copii, care au cel puţin studii secundare şi au un standard de viaţă mediu. Iar acest fenomen social se află în creştere.

---

28 Ziarul "Viaţa medicală", 21 martie 2003
29 Horga, Mihai, *op.cit.*, p.8
30 *Ibidem*, p.8
31 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 148
32 „Strategii naţionale în domeniul sănătăţii", Snagov, 5 decembrie 2001, p. 93

Ziarul „Ziua” (18 martie 2003) a anunțat că „MSF a lansat o strategie de planificare familială pe termen lung, până în 2006, care prevede cuprinderea în programul de planificare familială a 6.400 de medici de familie. Acest program impune şi acordarea de contraceptive gratuite femeilor din mediul rural şi celor care efectuează un avort în sistemul public”.

În 1999, majoritatea femeilor şi bărbaților aveau doar informații sumare despre contracepția modernă, mai cunoscute fiind pilulele, prezervativul şi dispozitivele intrauterine. Mai puțin acceptate erau injectabilele, produse care de fapt lipsesc de pe piață. Dispozitivele intrauterine a căror crerere pe piață a crescut în ultimii ani, determină într-un procent ridicat avorturile spontane.

Totuşi, în România există un număr mare de femei care nu folosesc nici o metodă de contracepție (aproape 1,4 milioane de femei, cu vârste cuprinse între 15 şi 44 de ani). O mare parte dintre acestea manifestă reticență, pornind de la efectele secundare ale acestor produse, mai exact, din teamă că utilizarea contraceptivelor orale ar determina îngrăşarea lor sau din cauza prețului lor mare. Multe dintre aceste femei nu folosesc contraceptive din convingeri religioase.33

Ministerul Sănătății, în campaniile pe care le coordonează, nu insistă şi asupra riscurilor contracepției hormonale, prezentând informațiile unilateral. Pentru organismele în formare, pentru adolescente adică, contraceptivele hormonale nu reprezintă de loc o bună soluție. Această părere este susținută nu numai medici ginecologi din unele țări occidentale, unde cercetările lor au început în anii 60, dar şi de unii medici români.

Din păcate, după 1989, vârsta începerii activității sexuale a scăzut în România. Acest lucru a fost menționat în repetate rânduri în presa românească, pornind de la datele furnizate de Ministrul Sănătății. Vârsta medie, la care tinerii îşi încep viața sexuală, a ajuns la 19 ani şi jumătate, fiind în descreştere față de anii trecuți. Relațiile sexuale ocazionale în rândul adolescenților au devenit frecvente, în condițiile în care informațiile necesare, cu privire la bolile cu transmitere sexuală, sunt deficitare. 34

Ziarul „Curentul”, pornind de la statisticile MSF, arată că 56% din tinere şi 80% din tinerii sub 16 ani şi-au început activitatea sexuală înainte de 20 de ani. Jumătate din populația tânără foloseşte o metodă contraceptivă, iar dintre aceştia, 23% folosesc o metodă de contracepție modernă şi 27%, metode contraceptive tradiționale. Peste 80% din tineri au două sau mai multe partenere, iar tinerii sub 24 de ani, care au debutat în viața sexuală, în proporție de 36% femei şi 86% bărbați, declară că au doi sau mai mulți parteneri.

33 Ziarul *„România Liberă”*, 15 martie 2003
34 Ziarul *„Curentul”*, 26 aprilie 2003

1.6 Efectele nefaste ale contracepției hormonale

Ginecologul român Petrache Vârtej asociază multe pericole unui debut precoce al vieții sexuale: „În general, se consideră că viața sexuală poate începe în momentul când s-a produs maturizarea psihosomatică a organismului. (...) Viața sexuală începută prea devreme poate produce perturbări în dezvoltarea morfofuncțională a organismului, prin stimularea precoce a secreției testiculare, ovariene şi, implicit, tiroidiene şi suprarenale. Se accelerează dezvoltarea caracterelor sexuale secundare, dezvoltarea somatică fiind diminuată, cu perturbări în special la nivelul cartilagiilor de creştere.

Se recomandă ca această activitate sexuală să înceapă numai în cazul unei depline maturizări, ceea ce corespunde la 21-25 de ani la băieți şi 18-22 de ani, la tinerele fete. Problema are importanță în special pentru tinerele fete, debutul precoce al vieții sexuale fiind încriminat în **etiologia cancerului de col uterin** (s. n.).

În stadiul actual al cunoştințelor noastre, se consideră că procesul de cancerizare a colului uterin începe de la o vârstă foarte tânără, imediat după pubertate, ca urmare a interacțiunii între un agent carcinogen, cel mai probabil viral (*Papilloma virus* şi, mai puțin probabil, virusul herpetic genital uman tip II), introdus o dată cu primele contacte sexuale în epiteliul cervical incomplet maturat, în orice caz, nepregătit filogenetic pentru o viață sexuală permanentă."35

Actul sexual constituie, în literatura de specialitate, „un factor important în etiologia cancerului de col uterin, incriminându-se debutul precoce al vieții sexuale, căsătoriile multiple, partenerii sexuali multipli, numărul naşterilor şi al avorturilor etc. Dintre toți aceşti factori, debutul precoce al vieții sexuale (sub 20 de ani) este cel mai important, conferind un risc de îmbolnăvire de două ori mai mare, în raport cu femeile la care viața sexuală a debutat după 20 de ani. Acest lucru trebuie pus pe seama faptului că, în cazurile în care viața sexuală debutează sub vârsta de 20 de ani, epiteliul cervical este incomplet maturat şi nepregătit filogenetic pentru o viață sexuală permanentă."36

Profesor dr. Petrache Vârtej subliniază: „Este recomandabil ca pilulele să nu fie prescrise decât după vârsta de 16 ani şi după doi ani de cicluri stabile".37 O promovare exagerată a contracepției, care se reduce la împărțirea cu generozitate a contraceptivelor de orice fel (prezervativele sau pilulele hormonale) în şcoli şi licee, îi determină pe adolescenți şi tineri să fie mai activi sexual, utilizând aceste contraceptive mult mai devreme.

Strategia de planificare familială, anunțată de fostul ministru al Sănătății, dr. Daniela Bartoş, în martie 2003, vizează câteva scopuri care contravin în mare măsură realității. Se urmăreşte, de exemplu, creşterea accesului şi gradului de

35 Vârtej, Petrache, *op.cit.,* p. 458
36 *Ibidem*
37 *Ibidem*, p. 424

utilizare a serviciilor de planificare familială şi a metodelor moderne de contracepţie, în vederea reducerii numărului copiilor abandonaţi şi a mortalităţii materne, determinate în principal de recurgerea la avort ca mijloc de control al naşterii. Însă multe companii producătoare de contraceptive recunosc că aceste produse au şi un grad de eşec, fapt ce contribuie la înmulţirea sarcinilor nedorite şi, implicit, a avorturilor. În aceste condiţii, se amplifică riscul infecţiilor cu transmitere sexuală. Folosirea pe scară largă a contraceptivelor hormonale conduce la creşterea numărului debuturilor precoce în viaţa sexuală a tinerilor şi implicit a numărului de parteneri. Multe studii demonstrează „influenţa negativă pe care o au anticoncepţionalele orale luate timp îndelungat, asupra aparatului genital al femeii. La nivelul colului uterin, al ovarului sau al vaginului, s-au întâlnit modificări morfopatologice, uneori şi cazuri de procese neoplazice. Apoi unele date statistice se referă la corelaţia dintre anticoncepţionalele orale şi afecţiunile cardiovasculare şi cerbero-vasculare. Hipertensiunea arterială secundară este prezentă la femeile care au luat anticoncepţionale timp îndelungat".38

Cancerul de col uterin este determinat de hormonii pilulei contraceptive, consideră dr. Amy Berrington de la Cancer Research, Oxford, fiind în acord cu autorii unui studiu, sintetizat de Agenţia Reuters.39 Cercetările au fost făcute pe mai multe cazuri de femei bolnave. Femeile care utilizează pilula contraceptivă au un risc crescut, de 10%, de a se îmbolnăvi de cancer, la un an de utilizare. Cu cât perioada de folosire creşte, cu atât creşte şi pericolul îmbolnăvirii. Astfel, unei perioade de utilizare de peste 9 ani, îi corespunde un risc de 60%. Folosirea pilulelor măreşte şi riscul îmbolnăvirii cu diverşi viruşi (papilomavirus, virusul herpetic, virusul hepatitei C). Se ştie că papilomavirusul conduce, în multe cazuri, la apariţia cancerului de col uterin.

Sarcina ectopică, sarcină care se dezvoltă în afara uterului şi care poate avea urmări fatale pentru femeie, este determinată din ce în ce mai mult de folosirea contraceptivelor estroprogestative şi progestative şi a dispozitivelor intrauterine.40 DIU amplifică de 10 ori riscul sarcinii extrauterine la femeile cu leziuni de salpingită latentă. Contraceptivele hormonale „modifică mişcările peristaltice ale trompelor, prin secreţiile steroidiene ovariene".41

Sir Liam Donaldson, consilierul-şef pe probleme medicale al guvernului Marii Britanii, a avertizat medicii britanici că un anumit tip de pilule „de-a doua zi", Levonelle şi Levonelle-2, determină o rată crescută a sarcinilor ectopice. Sarcina ectopică constituie cauza cea mai des întâlnită a mortalităţii materne în Marea Britanie. Recomandarea lui Donaldson a urmat rapoartelor Comisiei privind

38 Ziarul "România liberă", 4 februarie 2003
39 Ziarul "Evenimentul zilei", 5 aprilie 2003
40 Vârtej, Petrache, *op.cit.,* p. 327
41 *Ibidem*

siguranţa medicamentelor, care arătau că, din 201 femei însărcinate, după ce au luat Levonelle-2 au dezvoltat sarcina ectopică.42

Guvernul SUA a anunţat recent că va introduce estrogenul pe bază de steroizi, prezent ca substanţă activă în structura anticoncepţionalelor orale şi folosit în terapiile cu înlocuitori de hormoni, pe lista „carcinogenilor umani cunoscuţi".43 „Estrogenul a fost introdus în nomenclatorul aprobat şi elaborat de Congresul American, nomenclator care se completează pe baza analizei literaturii medicale din ultimii 2 ani", a declarat purtătorul de cuvânt al Institutului Naţional de Ştiinţe ale Sănătăţii Mediului. Decizia a pornit de la descoperiri recente, care au scos în evidenţă faptul că terapia cu înlocuitori de hormoni ar putea creşte riscul de îmbolnăvire a femeilor de cancer de sân şi boli de inimă.

Cercetările prezentate la a treia conferinţă europeană a cancerului de sân au arătat că riscul acestei maladii era cu 26% mai mare la utilizatoarele de contraceptive, în comparaţie cu cele care nu utilizau pilulele. În acelaşi timp, femeile care luau pilule de mai mult timp aveau un risc de până la 56% de a dezvolta această boală. Riscul cel mai mare la cancer de sân îl aveau cele care utilizau pilulele din adolescenţă.44

Reacţionând la faptul că în Marea Britanie pilulele „de-a doua zi" se distribuie liber, fără reţetă, directorul naţional al SPUC (The Society for the Protection of Unborn Children / Societatea pentru Protejarea Copiilor Nenăscuţi), John Smeaton, a subliniat: „Este corect ca femeilor să li se spună adevărul despre modul în care pilulele de control al naşterilor ar putea să le pună în pericol sănătatea. Pe lângă acest fapt, ar trebui să li se mai spună că aceste pilule duc la un avort precoce. Multe pilule de control al naşterilor împiedică ovulaţia, împiedicând astfel concepţia. Însă aceste pilule pot subţia endometrul, aşa încât, dacă a avut loc concepţia, embrionul nu se mai poate implanta şi este avortat. Şi nu numai pilula de-a doua zi are acest efect. Când SPUC a solicitat controlul juridic a pilulei de-a doua zi, în două dintre declaraţiile martorilor din partea companiei de medicamente, precum şi în decizia judecătorului, s-a recunoscut că metodele fără barieră de control al naşterilor pot afecta învelişul intern al uterului, unde de obicei se implantează embrionul.45

---

42 Chief Medical Officer's Advice: CMO's Update 35, January 2003, http://www.doh.gov.uk/cmo/cmo_35.html; Government response to IAGTP: *Government response to the First Annual Report of the Independent Advisory Group on Teenage Pregnancy,* http://www.doh.gov.uk/teenagepregnancy/ teenpregovresponse.pdf; MAP clinic trials: Gisela Stuart, secretar de stat pentru sănătate; House of Commons Written Answer, 13 februarie 2001

43 *Washington Post,* 12 decembrie 2002, http://www.kaisenetwork/dailyreports/index.cfin? DR ID=15052, Breast cancer study: BBC Online, 23 martie 2002, [http://newsbbc.co.uk/hi/english/health/newsid_1887000/1887665stm]

44 *Ibidem*

45 SPUC, 20 mai 2003 (www.spuc.org.uk/news)

1. FERTILIZAREA ARTIFICIALĂ

Fertilizarea, în termeni medicali, reprezintă actul prin care este adusă pe lume o nouă ființă. Folosirea acestui termen, în cazul omului, este incorectă. În actul uman, în prezența soților, se află Creatorul însuși. De aceea, termenul potrivit ar fi procreare. Când doi soți suferă de sterilitate, ei au o cale consacrată de a-și aduce în preajma lor un copil. Pot apela la adopție și în felul acesta au șansa de a-și împlini vocația lor de părinți. Știința modernă a venit însă cu o noutate pentru a-l face pe om să treacă peste acest obstacol, propunând soluția fecundării artificiale. Actul presupune însă mari probleme de natură morală. El ar putea fi înțeles mai degrabă ca un tratament în cazul fertilității, argument foarte des invocat de cei care-l pun în aplicare. În acest caz, intervine o a treia persoană, care este medicul terapeut și care are un rol foarte important din punct de vedere al aplicării tehnicilor medicale. Pornind numai de la acest amănunt, putem conchide că procreația medicală asistată rămâne un act substitutiv manipulator. Tehnologiile moderne, pe care se sprijină și fertilizarea artificială în ansamblu, îl împing pe om să depășească ordinea naturală.

Tehnicile de fecundare artificială sunt folosite atunci când tratamentele obișnuite, hormonale, medicamentoase sau chirurgicale nu dau nici un rezultat. În general, comunitatea științifică mondială își propune să nu depășească anumite limite. Nașterea unui om constituie un eveniment unic și ireparabil. De aceea el trebuie să aibă loc în mod uman. Biotehnologiile de ultimă generație, specifice ingineriei genetice, depășind limitele, transformă actul de procreare într-unul de fabricare. În asemenea condiții, un copil apare pe lume după un program prestabilit, ceea ce arată că omul trăiește sub imperativele multor riscuri. Și viața o înțelege ca pe un risc și atunci recurge la avort. În alte condiții, dorindu-și o sarcină cu orice preț, intervine cu un tratament medical. Apelând la inovațiile ingineriei genetice, reiese că omul, cucerit total de înclinații egocentriste, vrea să-și fabrice copii la "comandă", după propriile sale rețete. Aceste înclinații îl conduc la acte imorale, care aduc atingere demnității persoanei umane. Curentul opiniilor scientiste, care atentează la fundamentele umane, devine tot mai puternic. Mulți reprezentanți ai comunității științifice internaționale, dându-și seama că au fost depășite anumite frontiere, cer intervenția statului. Este încurajator faptul că peste tot în lume comunitățile creștine și societățile inspirate de mesajul creștin activează pentru orientări favorabile vieții și demnității persoanei umane.

Literatura de specialitate arată că există mai multe metode de fertilizare artificială. Diferențele sunt date atât de numărul persoanelor implicate în realizarea acestor tehnici, cât și de locul unde are loc fecundarea. În general, metodele

cunoscute, până acum, presupun implicarea soților, a medicului terapeut, a donatorului, a "mamei de împrumut" sau a familiei adoptive. Diferențele dintre aceste tehnici presupun firește și apariția unor deosebiri de abordare etică.

1.1 Inseminarea intracorporală

Metoda numită inseminare artificială (intravaginală, intracervicală sau intrauterină) se folosește mai rar. În acest caz, sperma este transferată de medicul terapeut în organul genital feminin. Fecundarea are loc prin intermediul medicului terapeut. Sperma poate aparține soțului sau unui donator. Se folosește spermă prelevată cu puțin timp înainte de transferarea ei în căile genitale feminine sau spermă conservată. La aceste metode apelează cei care "își propun" să evite transmiterea unor boli genetice. Când există cazuri de sterilitate masculină, când nu se recoltează spermatozoizii, prin masturbare, electroejaculare, biopsie testiculară etc., este recomandată calea donării de spermă. Succesele acestei tehnici nu sunt prea mari, atingând o maximă de 25%.

1.2 Probleme de natură etică la inseminarea intracorporală

Inseminarea artificială, privită chiar prin prisma celor care o susțin, nu este o metodă care să ofere multe reușite. Se cer a fi îndeplinite condiții stricte ca șansa de reușită să sporească. Succesul depinde de vârsta soților, de cunoașterea ciclului lor biologic, de starea psihologică conștientă sau inconștientă a femeii, de materialul seminal ș.a. Aplicarea tuturor metodelor implică serioase probleme de natură etică. În ceea ce privește asigurarea prezenței soților, nu s-a găsit o soluție acceptabilă în legătură cu obținerea materialului seminal bărbătesc. Se bucură de o anumită legitimitate morală doar cazul prelevării spermei printr-un act sexual propriu-zis, de la soț. Este condamnată, bineînțeles, masturbarea, căci scopul nu justifică modul de realizare.

Problemele se înmulțesc în cazul prezenței a celei de-a treia persoane, a donatorului de spermă. Codul Penal român, rămas neschimbat la acest capitol din 1964, sancționează adulterul, adică intruziunea unei a treia persoane în interiorul unui cuplu. Acest tip de familie nu mai este monogamică. Pe de altă parte, câtă vreme nu tatăl este donator, avem de-a face cu sexualitate, nu cu procreare. Iar faptul că donatorul rămâne necunoscut, condiție respectată în majoritatea țărilor, face să apară dificultăți în legătură cu opțiunile copilului. Este încălcat dreptul său natural de a-și cunoaște propriii părinți. Nu pot fi rezolvate, de asemenea, unele probleme de natură psihologică. Tatăl copilului știe că nu este și tatăl biologic, ci doar tată din punct de vedere juridico-afectiv. În același timp, apar dezechilibre la celălalt

partener. Femeia îşi dezvoltă narcisistic funcţia de mamă, defavorzându-l fireşte pe tată.1

Folosirea spermei depozitate în bănci ridică problema eugeniei. Există un exemplu edificator în acest sens. În California funcţionează o bancă rezervată premiilor Nobel.2 Pentru a spori gradul de reuşită, există tendinţa de a însămânţa mai multe ovule cu spermă depozitată în bănci, ceea ce creează pericolul însămânţării mai multor femei cu sperma aceluiaşi bărbat. Problemele juridico-morale şi genetice planează şi în jurul acestor dificultăţi. Copiii rezultaţi pe această cale pot fi fraţi şi nu se pot căsători. Apar, de asemenea, consecinţe cu caracter ereditar.

În cazul băncilor de spermă, materialul seminal este tratat ca o marfă, ca un capital. Dincolo de dificultăţile de ordin moral, se pune problema dacă aceste bănci nu pot fi folosite în funcţie de anumite contexte politice. Pericolul cel mai mare îl constituie o societate totalitară. Din punct de vedere moral, apare evident asocierea actului procreării cu cel de a fabrica. De asemenea, se întăreşte în mod fals credinţa că oricine poate avea copii.

1.3 Fertilizarea *in vitro*

Fertilizarea *in vitro* (din latină, „*în eprubetă"*) presupune fecundarea oului în afara organismului. Este cea mai cunoscută metodă folosită în cazul infertilităţii din diverse cauze (absenţa trompelor, obstrucţie tubară, endometrioză, cauze imunologice etc.).3 Prin laparoscopie, se prelevează ovocitul de la femeie. Ovulaţia poate fi stimulată prin tratament hormonal. Sperma se obţine fie direct de la bărbat, fie, în foarte multe cazuri, de la băncile de spermă, unde materialul seminal este congelat. Pe un teren de cultură, se provoacă fecundarea ovulului de către spermatozoizi. Zigotul uman, adică prima celulă care se creează, va fi păstrat la „germinat", până în momentul în care se transformă într-o minge de celule îngrămădite, cunoscută în termeni medicali ca blastocist. După 36-56 de ore, embrionul se divide în 4-8-16 celule ş.a.m.d. şi, într-un asemenea moment, blastocistul poate fi transferat în uter, cu şanse de supravieţuire.4 Cu cât creşte mai mult în eprubetă, cu atât şansele de implantare cresc.

Primul copil conceput în eprubetă s-a născut la 25 iulie 1978, la Old Ham General Hospital din Manchester. După naşterea Louisei Brown, sute de mii de copii au fost creaţi pe această cale. În Marea Britanie, unul din 80 de copii născuţi, în

1 Părintele Juvenalie, *Teroriştii uterului. Terorism ştiinţific şi etica începuturilor vieţii*, Bucureşti, Editura Anastasia, p.191
2 *Ibidem*, p.199
3 Protopopescu, Denisa Marina *et al.*, *Infertilitatea. Fertilizare in vitro şi reproducerea asistată*, Bucureşti, Meteora Press, 2001, p.290-294
4 *Ibidem*

1997, era rezultatul unui tratament de fertilizare *in vitro*. În Danemarca, această rată este mult mai mare, 1 la 38, adică 2,6%.

În România, primul centru de fertilizare *in vitro* a început să funcţioneze la Timişoara, în 1995. Primul român, conceput în eprubetă, Daniel G., din Timişoara, a împlinit, în 2003, 7 ani. Conceperea sa a fost realizată la Clinica Universităţii de Obstetrică şi Ginecologie „Bega" din Timişoara, sub conducerea profesorului Ioan Munteanu. Începând cu 1995, au mai apărut patru astfel de laboratoare la Bucureşti. În toate aceste centre, până în prezent, au fost concepuţi peste 1000 de copii. Tehnica şi metodele, omologate în străinătate, nu permit ţinerea în viaţă a embrionului decât maximum 56 de ore,5 ceea ce implică greutăţi mari la implantare. Prof.dr. Bogdan Marinescu, directorul Clinicii „Panait Sârbu" din Bucureşti, susţine că, în Departamentul de Reproducere Umană Asistată, înfiinţat în 1999, au fost concepuţi şi născuţi, până în februarie 2003, 101 copii. Ultimul copil a fost conceput printr-o tehnică nouă (ICSI), care constă în injectarea artificială a spermatozoidului în interiorul ovulului. În această clinică, de altfel, au fost concepuţi singurii copii din ţară prin inseminare cu spermă de la donatori. De asemenea, aici s-au născut şi primii copii concepuţi cu embrioni congelaţi, iar din 2003 acest centru dispune de un program de monitorizare, ce cuprinde tratamentul efectiv şi evidenţa stocurilor din banca de spermă şi din banca de embrioni.6

În România, după opt ani de la primele experimente FIV, totuşi, nu există încă o legislaţie în domeniul procreării asistate. S-a mers după principiul deja consacrat că "atât cât nu există o lege, nimic nu este în afara legii".7 „Din păcate, tehnicile de procrearea asistată medical nu au un suport juridic adecvat şi nu s-au pus frecvent în discuţie, datorită, în special, unor omisiuni medico-juridice".8

1.4 Probleme de natură etică la fertilizarea *in vitro*

Aplicarea tehnicilor de fertilizare *in vitro* ridică o întreagă gamă de probleme, de la cele care ţin de ştiinţa biologică aplicată, până la cele de natură etică, sociologică sau de drept. Începând cu prelevarea ovulului matur şi până la naştere, o mare parte din embrionii creaţi în acest scop se pierde în diferite stadii ale evoluţiei lor dificile. De fapt, am putea conchide că marea majoritate a fiinţelor umane, create prin metoda FIV, mor înainte de naştere. După statisticile organizaţiilor pro-vita, un procent redus, care variază între 1,6 şi 1,7%,9 ajunge să aibă un proces normal de

5 Ancăr, Virgiliu, Interviu, Dosar Provita Media, nr. 2, februarie 2003, http://www.provita.ro
6 Ziarul „Ziua", 22 februarie 2003
7 Scripcaru, Gheorghe *et al., Bioetica, ştiinţele vieţii şi drepturile omului*, Iaşi, Editura Polirom, 1998, p.114
8 Vârtej, Petrache, *Ginecologie*, Bucureşti, All, 2002, p.411
9 *A Way of Life*, p.20

gestație. În perioada 1998-1999, în Marea Britanie, peste 70 de mii de embrioni umani au murit pe parcursul aplicării metodei FIV (pe această cale, s-au născut 8.300 de copii, în aceeaşi perioadă). Desigur, literatura medicală prezintă aceste situații mult mai optimist.

În cazul în care ovocitul şi spermatozoizii provin de la părinții biologici, problemele de natură etică apar din felul cum este protejată viața embrionului şi din inexistența raportului sexual dintre soți. În marea majoritate a cazurilor, sunt creați mai mulți embrioni în eprubetă, căci, ținând cont de procentul redus de reuşită, nu se poate cunoaşte de la început numărul necesar. Un embrion sau, în alte cazuri, mai mulți embrioni sunt transferați în uterul mamei, în speranța că cel puțin unul din ei se va implanta cu succes. Necesitatea transferului de embrioni multipli duce la apariția sarcinilor multiple. Sarcinile multiple, realizate prin această metodă artificială, implică şi reducția embrionară. Asta înseamnă că mulți embrioni sunt eliminați, ca să se îmbunătățească şansele de supraviețuire ale unuia sau doi embrioni. Actul de eliminare din organism, în mod programatic, a unor embrioni, reprezintă un avort, un homicid.

Urmându-se criteriul „eficienței", în eprubetă, la început, sunt creați mai mulți embrioni decât sunt necesari. Mulți dintre aceştia constituie rezerva unui viitor tratament sau a unor experimente. Se cunosc cazuri când embrioni, aflați în surplus, sunt utilizați pentru obținerea de produse cosmetice.10 În Marea Britanie, în perioada 1991-1998, din cei 750 de mii de embrioni, câți au fost creați prin fertilizarea artificială, 237 de mii au fost distruşi, iar 48 de mii au fost donați pentru cercetare.11 Să adăugăm la acest tablou sumbru faptul că un procent covârşitor din cei păstrați pentru tratament au murit în diferite faze ale evoluției, până la naştere. Se cunoaşte faptul că, în mod real, la nidare, procentul de reuşită este de 1/10 sau 2/10.

Foarte mulți dintre embrionii în surplus sunt păstrați prin congelare. Ei constituie în felul acesta o rezervă pentru alte nereuşite ale procreației asistate. O altă parte, care sunt cedați laboratoarelor de cercetare, pot fi folosiți pentru obținerea, prin clonare terapeutică, de țesuturi sau organe de rezervă, necesare operațiilor de transplant.

Prin modul în care se prelevează sperma (masturbare, electroejaculare, biopsie testiculară etc.), nu mai este realizată dimensiunea afectivă a actului conjugal, mizându-se doar pe aspectul fizic al procreației. Actul conjugal suferă o reducție care-i anulează dimensiunea naturală. În cazul utilizării spermei conservate în azot lichid în băncile de spermă, pot apărea confuzii în legătură cu campionii de spermă.

Problemele nerezolvate se înmulțesc, când se recurge la o mamă de împrumut, atunci când mama poate fi fertilizată, dar nu reuşeşte, din motive de sănătate, să-şi ducă sarcina până la capăt. Sau, în altă variantă, gameții proveniți de la un cuplu, care-şi doreşte un copil, sunt transferați în uterul altei femei, rezultând un embrion,

10 Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p.195
11 *A Way of Life*, p.20

care se va dezvolta în burta mamei „de împrumut". În toate aceste cazuri, mai întâi, statutul cuplului, ai cărui membri nu pot concepe copii sau susține o sarcină, este pus în pericol de interferența unei a treia persoane: a medicului care asistă sau a mamei de împrumut. Fecundația are loc în afara uterului matern.

În aceste cazuri, se ivesc dificultăți legate de identitatea nou-născutului. Statutul său biologic nu corespunde celui social, nemaivorbind de faptul că, în majoritatea cazurilor în care concepția s-a făcut cu spermă provenind din bănci de spermă, copilul nu are posibilitatea de a-şi cunoaşte părinții. Au fost înregistrate cazuri stranii atunci când au fost folosiți embrioni congelați. Embrionii au fost implantați după moartea tatălui, născându-se aşa-zişii „copii de dincolo". În momentul implantării embrionului, tatăl se afla pe punctul de a muri sau sperma a fost prelevată de la un bărbat care suferea de o boală incurabilă. În România, este cunoscut cazul unui tânăr din Constanța, aflat în moarte cerebrală, căruia i s-a prelevat un testicul, în vederea inseminării artificiale, la cererea logodnicei acestuia.12 Aplicarea metodei FIV, în acest caz, este interzisă prin lege, în Franța.13

În cazul unui control deficitar al băncilor de spermă (care trebuie să asigure protecția identității donatorului) se pot naşte mai mulți copii de la acelaşi tată. Există riscul ca, prin căsătoria acestora, să se răspândească boli de natură genetică.

Pornind de la selectarea materialului seminal - un criteriu care se află din ce în mai mult în atenția celor care utilizează sau „manipulează" tehnica FIV -, reînvie fantasma eugenismului. S-a constatat că donatorii de spermă sunt căutați pentru anumite calități fizice sau intelectuale. Mulți bărbați şi femei, care apelează la FIV, până la urmă, doresc obținerea unor „produse superdotate". Nu s-au făcut paşi importanți nici în direcția rezolvării dilemelor create de „mamele-surogat" sau „mamele de împrumut". Sunt consemnate din ce în ce mai multe cazuri când gestația unui copil, comisionat unui cuplu steril, a avut loc în uterul unei rude sau al unei surori. Natura biologică a acestui act de procreație este destul de complicată. Copilul moşteneşte patrimoniul genetic de la două persoane, care sunt părinții săi şi se hrăneşte cu sângele mamei-surogat, când se află în uter. Consiliul Cantoanelor din Elveția interzice dezvoltarea embrionilor în afara organismului şi recurgerea la mame purtătoare.14

Întortocheată, la limita legalității, este şi calea prin care, din punct de vedere juridic, copilul ajunge în familia celui care i-a „provocat" naşterea. În România situația nu poate fi rezolvată nicicum, deşi au fost semnalate cazuri de mame surogat ("Monitorul de duminică", 14 iunie 1998).

Mama surogat sau de împrumut, după naştere, trebuie să abandoneze copilul, permițând astfel părinților biologici să-l înfieze, după ce aceştia l-au luat în îngrijire, ca asistenți sociali. Abandonul, însă, este restrictiv, se pedepseşte după lege, iar o

12 Ziarul „Cotidianul", 24 iulie 2000
13 Scripcaru Gheorghe *et al., op.cit*., p.118
14 *Ibidem,* p.123

femeie, sau cu atât mai mult un bărbat, dacă nu sunt căsătoriți, nu-l pot înfia.15 Nu avem date despre felul în care sunt rezolvate aceste dileme în România, pe fondul unei lipse totale a legislației în domeniul fertilizării artificiale. "În prezent, chiar şi dispozițiile referitoare la adopție sunt concepute în așa fel încât nu pot masca într-o formă sau alta asemenea contracte".16

Speranța de a genera o viață umană „în eprubetă" duce la creşterea comodității vieții umane în sine. Desigur, soluția vieții fără riscuri vine din perspectiva lărgirii comodității şi din acceptarea unui act substitutiv sau chiar manipulator. Medicul tocmai un asemenea act pune în aplicare. Există o dificultate greu de rezolvat, aceea a stabilirii distincției dintre un act terapeutic şi unul manipulator. Putem vorbi de terapie atunci când un medic înlătură un obstacol, astfel încât un organism să-şi redobândească funcțiile naturale.17

Previziunile unor oameni de știință, în legătură cu evoluția tehnicilor fecundării artificiale, cu diagnosticul genetic de preimplantare şi recoltarea şi stocarea de ovule feminine, depăşeşte imaginarul omului contemporan. Profesorul Greg Stock, de la Universitatea din California, este de părere că, peste douăzeci de ani, toți copiii vor fi produşi în eprubetă şi că, într-un interval scurt de timp, legătura dintre natura sexului şi reproducere va ține de istorie. „Vom fi capabili, de asemenea, să monitorizăm foarte multe boli genetice. Vom fi capabili, în esență, să luăm o singură celulă dintr-un embrion, în laborator, şi să calculăm, de atunci încolo, cum se va dezvolta copilul. Ulterior, se va considera drept inacceptabil faptul ca un copil să fie conceput fără ca acesta să treacă un screening genetic, astfel cum astăzi un copil nu se naşte fără screening prenatal."18

O dată cu diversificarea metodelor de fecundare artificială, s-au înmulțit şi tipurile de experimente pe embrioni. Se urmăreşte lărgirea cunoştințelor asupra ADN-ului uman, asupra multor aspecte de compatibilitate imunologică. Pe această cale, are loc producerea multor medicamente şi experimentarea clonării. Legislația sau lipsa ei permite utilizarea embrionilor şi chiar a feților obținuți prin avort spontan sau provocat în scopuri experimentale, în multe state. Este invocat caracterul terapeutic al științei fapt ce se susține prin cercetările care avansează pe drumul rezolvării unor boli incurabile, în special a celor de natură genetică.

1.5 Fecundarea intraspecifică

Această tehnică, ce depăşeşte orice limită a condiției umane, presupune fecundarea hibridă între gameți de animal, dar şi între gameți umani şi cei animali. Se urmăreşte implantarea embrionilor unui animal în uterul altuia dintr-o altă specie.

---

15 Marinescu, Bogdan; Ancăr, Virgil, Dosar Provita Media, nr. 2, 2003, http://www.provita.ro

16 Scripcaru Gheorghe *et al., op.cit*., p.124

17 Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p.180-181

18 *Apud A Way of Life*, p.21

Sunt cunoscute deja experimentele şi cu participarea omului, ca în cazul fecundării femelei de cimpanzeu cu spermă umană. Printr-un asemenea act manipulatoriu, se pot obține fie organe pentru transplant, fie ființe „subumane", care pot fi utilizate în alte experimente ştiințifice. În felul acesta, este evitată legislația restrictivă, care, în asemenea cazuri, priveşte doar persoanele umane. Sunt speculate golurile din sistemele juridice – ca în cazul României –, cale ce permite trecerea uşoară peste granițele demnității umane.

1.6 Legi, mentalități privind experimentul pe embrion

Noile biotehnologii, în pofida multor succese evidente în domeniul medicinii, pregătesc terenul pentru instaurarea unei culturi în favoarea morții, fapt care se evidențiază prin numeroasele modificări aduse vieții umane, prin tehnicile FIV, motivații ce conduc la intervenții pe embrionii umani, care sunt văzuți mai mult ca obiecte necesare cercetării. Organizațiile pro-vita susțin că peste tot în lume se fac cercetări pe organismele embrionilor sau fetilor avortați. Marea majoritate a embrionilor, care sunt folosiți în cercetare, au fost născuți în laboratoarele de procreare asistată cu scopul declarat de a fi utilizați în tratamentul fertilității.

Intervențiile asupra embrionilor umani urmăresc şi eliminarea sau reducerea unor defecte sau malformații. Motivațiile, pentru a justifica dimensiunea umană a terapiei, ar trebui să fie asociate cu statutul de persoană umană al embrionului, statut echivalent cu cel al adultului. Încă de la începutul lor, cercetările făcute în aceste condiții, vizând exclusiv criterii terapeutice, au stârnit numeroase discuții, chiar în sânul comunității medicale.

Asociația Medicală Mondială (Helsinki, 30 octombrie 1983)19 susține că aceste metode ar trebui să urmărească doar promovarea „omului fără să-i ameninte integritatea". Punctul de vedere al lumii medicale se suprapune cu cel al tradiției creştine. Unii cercetători au atacat însă acest principiu fundamental al eticii medicale. Peter Braude, director al Unității de Fertilizare de la Rose Maternity Hospital din Cambridge, consideră că: „Acordul Helsinki a fost elaborat cu mult înainte să înceapă cercetarea embrionului, iar gândirea între timp a evoluat."20 În Marea Britanie, de altfel, discuțiile pe marginea temei cercetării pe embrioni au evoluat mult. Poziții diverse au fost exprimate la nivelul întregii societăți, mai ales în perioada introduceri Legii fertilizării şi embriologiei umane (1990). Marea Britanie de altfel este singura țară care are o instituție învestită cu competențe în acest domeniu, Autoritatea pentru Fertilizare şi Embriologie Umană.

19 *A Way of Life*, p. 21
20 *Ibidem*

Folosirea embrionilor şi a fetilor în cercetare a fost limitată prin Recomandarea 1046 a Adunării Parlamentare a Consiliului Europei (24 septembrie 1986).21 Documentul, însă, nu poate fi folosit decât după ce va fi ratificat de fiecare stat-membru în parte. Totuşi, în acest text, se specifică faptul că sunt autorizate toate intervenţiile cercetătorilor şi medicilor, care sprijină copilul şi contribuie la dezvoltarea sa.

În multe state ale lumii, unde continuă intervenţiile pe feţi avortaţi şi pe embrioni, cercetătorii susţin că există adesea o complicitate între mama care avortează şi omul de ştiinţă, care are nevoie de un avorton pentru cercetare. Nu numai embrionii rezultaţi din avorturi induse constituie obiect de cercetare şi experimentare, ci mulţi embrioni se obţin „în eprubetă", exclusiv în acest scop.

Asupra statutului embrionului au fost exprimate puncte de vedere capitale în Raportul Warnock, dat publicităţii în 1984. După 1978, când s-a născut primul copil în eprubetă, Louise Brown, la Manchester, în Marea Britanie, a apărut necesitatea elaborării unei legi, prin care să se poată controla ceea ce se întâmplă cu embrionii concepuţi în laboratoare. Guvernul britanic a propus înfiinţarea Comisiei pentru fertilizare umană şi embriologie, numită şi Comisia Warnock, ce trebuia să facă recomandări, necesare conceperii şi dezbaterii în Parlament al unui asemenea proiect legislativ. Contribuţia documentului final constă în aceea că a stabilit o distincţie clară între fecundare şi momentul apariţiei vieţii umane. Această precizare a încurajat, de fapt, şi mai mult experimentele pe embrioni.

Pornind de la răspunsul dat întrebării fundamentale, când începe viaţa umană, Comisia Warnock a creat condiţia ca omul să amplifice greşeala în care se găsea, de la început, dându-şi acordul pentru continuarea experimentelor sau pentru omorârea embrionilor. În viziunea Raportului Warnock, "produsul imediat al concepţiei" nu este o fiinţă umană, insistându-se asupra faptului că începutul vieţii umane constituie mai degrabă o problemă de etică decât una biologică. În formularea răspunsului, nu s-a ţinut cont de faptul că dezvoltarea umană trebuie înţeleasă ca un proces continuu, de la formarea zigotului şi până la naşterea propriu-zisă, fiecare stadiu fiind la fel de important, ca cel al unui adult, stadiu recunoscut ca model evident asociat cu statutul de persoană umană.

Astfel raportul Warnock a stabilit că înainte de a 14-a zi de la concepere, embrionul nu poate fi considerat un organism individual. În preajma acestui moment, apare forma primitivă a tubului neural al embrionului, ce constituie debutul dezvoltării sistemului nervos. A mai fost evocat, în sprijinul acestei viziuni, fenomenul apariţiei gemenilor. Începutul vieţii umane individuale, în această accepţie, coincide cu momentul pierderii capacităţii embrionului de a se divide,

---

21 Recomandarea 1046 (1986) în legătură cu utilizarea embrionilor şi fetilor umani în scopuri diagnostice şi terapeutice, ştiinţifice, industriale şi comerciale. Textul se află tradus în întregime în lucrarea Scripcaru, Gheorghe, *et al. - Bioetica, ştiinţele vieţii şi drepturile omului*, Iaşi, Editura Polirom, 1998, p.89-92

pentru a forma cele două organisme distincte.22 Această teză nesocoteşte faptul că embrionul uman, atât înainte, cât şi după a 14-a zi, se află pe parcursul desfăşurării unui proces continuu, propriu unei persoane umane.

Criteriile Comisiei Warnock, după cum se vede, au fost stabilite în mod arbitrar. Inconsecvenţele Raportului final reies chiar din textul său: „O dată ce procesul a început, nu există nici o parte a sa care să fie mai importantă decât alta. Toate fac parte dintr-un proces continuu... Astfel, din punct de vedere biologic, nu există nici o singură fază identificată în dezvoltarea embrionului, după care embrionii concepuţi în eprubetă nu pot fi ţinuţi în viaţă. Cu toate acestea, am căzut de acord că aceasta ar putea fi o zonă în care poate fi luată o decizie clară, pentru a risipi neliniştea publică."23 Teza de bază a Raportului Warnock se regăseşte în legislaţia în acest domeniu, care s-a elaborate, după aceea, în toate ţările occidentale. Un exemplu evident îl constituie Legea privind embriologia şi fertilizarea umană (1990) din Marea Britanie. În comparaţie cu legile similare din Franţa şi Suedia, cea din Marea Britanie are cele mai puţine restricţii. Există şi ţări care nu au o legislaţie în domeniu, fapt echivalat cu cel al unei legislaţii permisive.24 Nici în România nu a fost elaborat cadrul legislativ, deşi activitatea de fertilizare artificială, activitate care poate fi inclusă, la limită, în vastul domeniu al investigaţiilor pe embrionul uman, a început din 1995.

Curentul de opinie care susţine cercetarea pe embrioni este atât de puternic încât a luat în valul său şi mulţi reprezentanţi ai bisericilor. Dr. John Habgood, Arhiepiscop de York, susţine un punct de vedere, care este în dezacord atât cu biologia, cât şi cu cristologia tradiţională.25

În tradiţia ebraică, fiinţa concepută este considerată „simplă apă", până în a 40-a zi. Eliminarea embrionului, până în acest moment, nu echivalează cu un avort. Acest principiu stă la baza dreptului ebraic rabinic. Este pedepsită doar persoana care suprimă viaţa unui embrion, după a 40-a zi. Experimentele pe embrioni nu sunt interzise nici în tradiţia valdeză, unde s-a impus această viziune, pornind de la beneficiile şi avantajele care ar rezulta din urma experimentelor.

Marea majoritate a bisericilor creştine a considerat totdeauna că fiinţa umană îşi începe viaţa în momentul conceperii ei. În felul acesta, embrionul are statut de persoană umană, cu toate drepturile care derivă de aici. Acest respect absolut pentru embrionul uman se regăseşte în ideile documentului „Instrucţiuni privind respectul vieţii umane nenăscute şi demnitatea procreaţiei", emis de Congregaţia pentru Doctrina Credinţei26 a Bisericii Catolice. Fertilizarea *in vitro*, având drept scop unic cel al experimentării, încalcă, în această viziune, principiile fundamentale ale moralei creştine. În acelaşi fel este înţeleasă şi distrugerea embrionilor

22 Părintele Juvenalie, op.cit., p.242
23 *Apud A Way of Life,* p. 21
24 Părintele Juvenalie op.cit, p.287
25 *A Way of Life*, p. 21
26 Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p. 287

supranumerali, rezultați din aplicarea tehnicilor FIV, fiind permise doar intervențiile care nu pun în pericol viața şi integritatea trupească a ființei umane.

Există o minoritate a teologilor catolici, care încearcă să rezolve problema statutului embrionului uman, cu ajutorul conceptelor filozofice. Ei consideră că trupul este rezultatul fuziunii dintre suflet şi materialitate, teorie acreditată de Conciliul ținut la Viena în 1312. Teologia catolică, depăşind concepția tomistă,27 susține că omul are statut de persoană umană, în toate fazele dezvoltării sale, începând cu momentul conceperii.28

Biserica Ortodoxă, atunci când încearcă să adauge descoperirile ştiinței „înțelepciunii de sus", dă o întâietate conceptelor biblice. Fiecare copil conceput este considerat un alt Cristos pentru familie.29

2. INGINERIA GENETICĂ

Prin inginerie genetică se înțelege ansamblul de tehnici prin care omul intervine asupra codului genetic. Efectele tehnologiei ADN-ului recombinat sunt mult mai mari decât în cazul fertilizării artificiale. Eventuale schimbări ale codului genetic, care trebuie înțeles ca un patrimoniu al întregii omeniri, presupun schimbări care ar putea afecta, în timp, generații întregi. În foarte multe cazuri de experimente şi clonări, nu se poate face o distincție între ingineria genetică şi manipularea genetică, mai ales când nu se urmăreşte în mod evident procreația.

Toate tehnicile uzuale, specifice ingineriei genetice, urmăresc transferul unei noi informații genetice în structura celulei unei ființe vii. S-au făcut astfel de cercetări pentru identificarea unor gene patogene. E vorba de recunoaşterea şi izolarea unor gene care determină diverse boli genetice, urmărindu-se prevenirea ei sau oprindu-se evoluția şi transmiterea ei la urmaşi. S-au obținut, prin diferite tehnici, molecule necesare tratării multor boli grave. Pe această cale, s-au obținut produse noi, cu efecte mari terapeutice: insulina, interferonul, hormonul de creştere şi diferite vaccinuri.

Prin introducerea unor gene în celulele somatice sau germinale, au fost produse plante sau animale cu anumite caracteristici particulare. Au fost îmbunătățite astfel diferite rase de animale, urmărindu-se producerea de carne şi lapte de calitate superioară. Există deja câteva soiuri de plante cu caracteristici specifice, care cresc pe terenuri aride, au fructe fără semințe, sunt rezistente la condiții aspre.30

---

27 Doctrina teologică şi filozofică a lui Toma d'Aquino

28 Seaudeau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est" în *Congresul internațional «Familia şi viața la începutul unui mileniu creştin»*, Bucureşti, 2002, p. 289

29 Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 248

30 *Ibidem*, p. 206

Cercetătorii din domeniul geneticii lucrează deja la proiecte care, cu puțin timp în urmă, erau de ordinul science fiction-ului. Hărțile genetice permit localizarea genelor, a cromozomilor şi a enzimelor. Acestea sunt necesare pentru localizarea genelor asociate cu anumite maladii.

În 1993, sub egida UNESCO, a luat ființă Comitetul Internațional de Bioetică, care a elaborat o declarație pentru protecția genomului uman. Acest text, luat ca referință de comunitatea oamenilor de ştiință, subliniază ideea că genomul uman constituie un patrimoniu comun al speciei umane, care „trebuie protejat pentru a salva integritatea speciei umane."31

Toate cercetările şi aplicațiile din domeniul geneticii trebuie astfel orientate încât să se desfăşoare în sensul salvării vieții şi identității genetice ale oricărui individ uman. Alterarea patrimoniului genetic al unei persoane, pericol care a devenit iminent, reprezintă o gravă ofensă adusă umanității şi se cuvine să fie înțeleasă ca un semn al dominației omului asupra altui om. În această categorie de manipulări genetice intră schimbarea sexului embrionului, prin injecție de ADN. Intervențiile cu motivație terapeutică trebuie făcute doar în beneficiul persoanei umane.

Cei care folosesc tehnicile de alterare sau modificare genetică în scopul îmbunătățirii speciilor, la animale şi plante, ar trebui să aibă în vedere păstrarea şi salvarea ambientului. Omul nu este doar un beneficiar, ci este învestit să protejeze toate valorile creației. Industria genetică, producătoare de plante şi animale cu caracteristici îmbunătățite, dezvoltată sub imperiul creşterii productivității, nu ia în seamă efectele nocive ale acestor modificări asupra organismului uman, a plantelor şi animalelor modificate genetic. La aceste decizii trebuie să ia parte nu numai specialiştii, oamenii de ştiință, ci şi reprezentanții comunităților implicate în ansamblu.

Nu există suficiente informații despre siguranța biotehnologiilor, care, dacă nu este garantată prin lege, poate conduce la realități terifiante, în care bomba biologică poate teroriza comunități mari de oameni.

Tehnicile care funcționează după metoda alternativă presupun modificarea electivă şi selectivă a unui patrimoniu genetic sănătos, aparținând omului, caz în care cercetătorii manifestă tendința de a se substitui lui Dumnezeu. Trupul este o componentă constitutivă a persoanei umane, iar tendința de a-i impune anumite caracteristici, aşa-zis superioare, arată că fantasmele eugenismului revin, fantasme ale căror principii au determinat mari drame în istoria umanității.

3. CLONAREA

31 Raicu, Petre, *Genetica generală şi umană,* Bucureşti, Humanitas, 1997, p. 307

Clonarea („klon", în greacă, înseamnă „germen", „vlăstar", „rămurică", „crenguță") este definită ca o metodă prin care se produc clone, adică organisme, celule sau molecule identice. Există o clonare naturală, când, pornind de la acelaşi zigot, apar gemenii. În antichitate, a fost cunoscută clonarea la plante (vița-de-vie, pomii fructiferi), care se pot înmulți astfel, cu păstrarea caracteristicilor genetice. Cultivate *in vitro*, celulele vegetale, cât şi cele animale, pot evolua în clone. După diviziune, rezultă doi embrioni identici din punct de vedere genetic. Cele două organisme au acelaşi patrimoniu genetic, dar au organisme proprii. Pornind de la modelul natural, a fost perfectată o tehnică, ce constă în separația blastomerilor, când embrionii au 60-80 de celule, după 6-7 zile de la concepere. Metoda a fost pusă în practică în Franța, în 1982.32 Prin această tehnică, care se desfăşoară, în principiu, ca şi reproducerea sexuată din natură, se obțin cupluri de gemeni identici genetic.

Cea mai frecventă metodă constă în obținerea unei clone, prin transplant de nuclei în ovule. Încă din 1955, când s-au făcut primele experiențe pe broască, s-a observat că transferul de nucleu trebuie realizat în faza când celulele au totipotență, adică au capacitatea de a regenera. Celula este denucleată şi, în citoplasma ei, se introduce nucleul unei celule adulte. Zigotul va moşteni întreg patrimoniul genetic al donatorului. Organismul rezultat nu mai păstrează nimic de la cele de la care au provenit gameții.

Primul mamifer clonat cu succes, din celulele unui animal adult, s-a născut la 5 iulie 1996. Profesorul Ian Wilmut, de la Institutul Roslin din Edinburgh, a transferat nuclee, provenite din glanda mamară a unei oi mature, în ovulele unei oi din altă rasă. Din 277 de transferuri s-au obținut 29 de embrioni, care au ajuns în faza de blastocist. După 148 de zile, din singurul embrion, care a supraviețuit după implantare, s-a născut oaia Dolly. Această realizare a fost capitală pentru evoluția acestor experimente, pentru că nu s-au mai folosit nuclee de embrioni, ci celule de la un organism adult. După naşterea oiței Dolly, cercetarea în domeniul clonării a evoluat mult. În 1998, s-a anunțat naşterea a două vaci şi obținerea a 20 de cópii de şoareci.

În România, au fost făcute cu succes experiențe de clonare a animalelor domestice, pe baza nucleelor din celule embrionare de la taurine, la Universitatea de Ştiințe agricole din Timişoara, iar de la ovine, la Stațiunea de Creştere şi Ameliorare a Ovinelor de la Pallas-Constanța.33

3.1 Clonarea umană

Tehnica transferului nuclear a fost aplicată, până la urmă, şi ființelor umane. Primele informații despre rezultate ale cercetării în acest domeniu au apărut în 1993,

32 *Ibidem*, p. 346
33 *Ibidem*, p. 346

când doi cercetători americani, J.Hall şi R. Stilmann, au anunţat intenţiile lor de a face asemenea experimente pe celule umane.34 Mai târziu, în 1998, într-un centru de sterilitate al unui spital din Seul, a fost obţinut, prin tehnica Honolulu, un embrion uman. Nucleul folosit aparţinea aceleiaşi persoane de la care fusese prelevat ovulul. Procesul a fost întrerupt în momentul în care divizarea ajunsese la patru celule, datorită restricţiilor impuse de guvernul coreean. Oameni de ştiinţă din Statele Unite au declarat, în 2001, că au clonat cu succes embrioni de maimuţă. Peste câteva luni, la 24 noiembrie 2001, cercetătorii de la Advanced Cell Technology au anunţat obţinerea mai multor embrioni umani clonaţi în scop de cercetare a celulei stem. Aceştia au murit însă în stadiul de 2, 4 şi 6 celule.35

La 25 decembrie 2002, Brigitte Boisselier, biochimistă, reprezentantă a companiei Clonaid, a anunţat naşterea primului copil clonat. Ea este membră a grupării Rael, o sectă înfiinţată de ziaristul francez, stabilit în Canada, Claude Vorilhon. Mentorul acestei mişcări, denumite „Raelian Movement", care numără 55 de mii de membri, proveniţi din 84 de ţări, pretinde că a fost contactat de Elohim,36 în 1973. Potrivit acestui mesaj, viaţa pe pământ ar fi fost creată în mod artificial de reprezentanţi ai altui sistem solar, iar omul a apărut acum 25 de mii de ani, prin clonare. Un studio recent, publicat în revista britanică British Medical Journal, contrazice declaraţiile companiei Clonaid, susţinând că, până în acest moment, clonarea umană ar fi imposibil de realizat.37

Clonarea reproductivă nu este admisă deocamdată nicăieri în lume. Rezoluţia Comisiei pentru probleme de bioetică a Parlamentului Europei, din 7 septembrie 2000, interzice „utilizarea embrionilor umani pentru producerea de celule tulpinare". Printr-o decizie a UNESCO, din 1997, se interzice în spaţiul european clonarea reproductivă umană. Parlamentul României a ratificat, la 22 februarie 2001, conform Constituţiei României, art.74, alin.2, Convenţia Europeană pentru protecţia drepturilor omului şi a demnităţii fiinţei umane, faţă de aplicaţiile biologiei şi medicinei, Convenţia privind drepturile omului şi biomedicină, semnate la Oviedo, la 4 aprilie 1997, şi Protocolul adiţional la Convenţia Europeană pentru protecţia drepturilor omului şi a demnităţii fiinţei umane faţă de aplicaţiile biologiei şi medicinii, referitor la interzicerea clonării fiinţelor umane, semnat la Paris la 12 ianuarie 1998.

Există, totuşi, unele ţări (Suedia, Marea Britanie, Franţa) unde cercetările terapeutice pe embrionii umani clonaţi continuă, iar cercetările în domeniul clonării terapeutice implică şi perfecţionarea tehnicilor clonării reproductive. Marea Britanie a fost prima ţară care a autorizat asemenea tip de cercetare, în 1990, instituind cel mai liberal cadru juridic în acest sens. Embrionii umani folosiţi în cercetări

34 Părintele Juvenalie, *op.cit*., p. 223
35 *A Way of Life*, p.22
36 (în „Vechiul Testament") nume dat lui Dumnezeu şi folosit în locul celui de Iahve, a cărui pronunţare este interzisă de religia mozaică (n.a.)
37 Ziarul „Cotidianul", 23 august 2003

distructive se obţin prin aceleaşi tehnici utilizate în cazul oii Dolly. După care se extrag celulele stem din embrionii clonaţi şi aceştia sunt distruşi. Potrivit cercetătorilor, celulele stem, obţinute prin aşa-zisa clonare terapeutică, au multe avantaje faţă de cele obţinute în mod convenţional, din embrioni neclonaţi. Ţesuturile sau organele create prin această tehnică nu ar mai fi respinse pentru că acestea ar conţine aceeaşi structură genetică, ca şi adultul căruia i se face operaţia de transplant.

Clonarea terapeutică, care are aceleaşi etape, ca orişice clonare, implică crearea şi distrugerea de embrioni umani. Toate problemele de etică, create de cercetarea pe embrioni, se păstrează în acest caz, pentru că embrionii umani clonaţi au acelaşi statut ca şi cei creaţi prin alte tehnici. Dacă ar fi să ajungă la maturitate, fiinţele umane clonate ar putea fi fizic identice cu cele de la care au fost prelevate nucleele transferate. Evident, ar avea o personalitate şi o identitate separată.

3.2 Celulele stem

Celulele stem (din engleză, „tulpinare") au capacitatea de a se reînnoi nelimitat, de a se reproduce, fără să se diferenţieze, putând da naştere unor celule cu putere proliferatorie limitată, din care să rezulte populaţii de celule bine diferenţiate, cum sunt celulele nervoase, musculare sau hepatice. Studiile asupra celulelor stem durează de aproape 30 de ani. Oamenii de ştiinţă cred că, pe această cale, vor găsi cea mai sigură soluţie pentru tratarea unor boli degenerative, căci nu există reacţii imunitare, de respingere.

Cercetările de până acum au arătat că celulele stem se găsesc în multe din ţesuturile organismului uman. Acestea însă au capacitatea foarte redusă de a da naştere altui tip de ţesut, decât cel pentru care au fost produse de organism. Au fost descoperite, în ultimii ani, celule provenite de la organismul uman, în stare să dea naştere la mai multe tipuri de ţesuturi, în special hematic, muscular şi nervos.38 Asemenea celule stem pluripotente au fost descoperite în măduva osoasă, în creier, în ţesuturile conjunctive ale diverselor organe şi în cordonul ombilical. Se utilizează deja celule stem neurale vii, care sunt obţinute din cadavrele adulţilor, la câteva ore după moartea acestora. Se vorbeşte astăzi tot mai mult despre recuperarea celulelor stem din ţesuturile organismelor adulte şi reprogramarea lor, cu scopul obţinerii de culturi de ţesuturi specializate. Celulele stem de adult au o mare elasticitate, iar capacitatea lor depinde în mare măsură de informaţia genetică ce poate fi reprogramată. Au fost tratate boli genetice rare, la şoareci, prin inserarea genei lipsă în celulele stem ale acestora. Revista *Science* a anunţat, în aprilie 2000, primul

38 Părintele Juvenalie, op.cit, p. 259-260

succes înregistrat în terapia genelor umane, tratând diverse boli imunodeficitare la copii, prin inserarea genelor lipsă în celulele stem din măduva osoasă.39

Cercetări recente au pus în evidență faptul că celulele adulților pot fi mai ușor de manipulat,40 o dată ce li se dau semnale noi ele se transformă în diferite tipuri de celulă, care pot fi folosite după aceea la repararea unor țesuturi bolnave.

Pentru eliminarea pericolului proliferării acestor celule nelimitat și fără control, fapt care ar duce la crearea unor tumori canceroase, cercetătorii americani au descoperit diferite tehnici, prin care li se poate „programa" maturizarea, identificând factori de creștere și proteine reglatoare. Oamenii de știință de la Universitatea din Texas au identificat enzima telomeraza, care poate „imortaliza" culturile celulelor stem de adult, fără riscul creșterii necontrolate, specifică celulelor canceroase. Alți cercetători au pus la punct și tehnici noi de multiplicare la celulele stem ale măduvei osoase, care pot să capete un ritm de înmulțire de un miliard în șase săptămâni.41 Cercetătorii de la Cambridge au găsit o cale de a transforma celulele dezvoltate complet de la un adult în celulele stem, iar specialiști din California au transformat țesut de grăsime în mușchi, oase și cartilaje. O companie din New Jerssey a declarat că a elaborat o nouă tehnică de obținere a unei surse bogate de celule stemice din placenta expulzată la naștere din uterul unei femei. Medici din Canada au tratat un copil de 9 luni, bolnav de cancer, cu celule stem extrase din cordonul său ombilical. Compania, care a finanțat cercetările pentru clonarea oiței Dolly, a anunțat că cercetătorii săi au înregistrat succese în transformarea pielii de vacă în celule ale inimii, iar cercetători din Sheffield și Cardiff au descoperit un mod de regenerare a oaselor și a celulelor creierului.42 Compania Osiris Therapeutics din Baltimore (SUA) s-a specializat în restaurarea țesutului distrus sau bolnav. Au fost obținute celule care pot reface țesuturi de măduvă osoasă, oase, cartilagii, ligamente, tendoane, grăsime precum și mușchi. Această companie consideră că a găsit tehnici, prin care să se trateze multe afecțiuni, îmbătrânirea și bolile degenerative.43

Se crede că celulele stem embrionare ar avea un potențial mai mare decât celulele stem de adult. Folosirea lor însă reprezintă un grav atentat la adresa vieții umane. Recoltarea celulelor presupune moartea embrionilor. Există tendința de a se produce embrioni umani pentru a se obține celule stem,44 de fapt, pentru a fi distruși.

Se prefigurează deja o industrie destinată comercializării celulelor stem. Se recurge la subterfugii, pentru a se depăși limitele impuse de legi în țările unde există deja un asemenea sistem legislativ. Se procură celule stem de la producători din țări în care nu există legi în domeniu.

---

39 *A Way of Life*, p. 24
40 *Ibidem*
41 *Ibidem*
42 *Ibidem*, p. 23-24
43 *Ibidem,* p. 25
44 Părintele Juvenalie, *op.cit.*, p. 261-262

3.3 Probleme de natură etică la clonare

Opinia publică, la toate nivelele ei (ştiinţific, politic sau religios), şi-a exprimat neliniştile în legătură cu amploarea care au luat-o cercetările în domeniul clonării umane. Clonarea, ca metodă generală, atentează la viabilitatea organismelor, mergând în direcţia unei fixaţii genotipice, în contra principiului naturii, care asigură dezvoltarea vieţii, ce duce la diversitate genetică.

Naşterea omului pe această cale ignoră principiul valorii personale a corpului uman. Statutul omului, în felul acesta, este schimbat chiar de la concepţie. Nu mai ia naştere prin întâlnirea a doi gameţi, ceea ce presupune zestrea genetică a doi părinţi. Prin tehnicile de laborator, copilului i se asigură descendenţa doar a unui singur părinte. În mod violent i se impune un anumit destin. Prin manipulare genetică există posibilitatea creării de organisme identice, ce ar putea fi mai uşor dominate şi utilizate de sisteme politici totalitare.45 Clonarea unor indivizi dotaţi numai cu o anumită funcţiune, care sunt rezistenţi doar la radiaţii nucleare sau la anumite medii poluante, poate fi utilizată în activităţi diverse, preponderent politice.

Crearea de indivizi identici, din punct de vedere biologic, ar putea răsturna relaţiile de familie. Fiul, născut prin clonare, poate fi considerat un geamăn sau un frate al tatălui. Aşa stau lucrurile din punct de vedere genetic, situaţie ce duce la distrugerea echilibrului psihologic al familiei, nemaiexistând suport pentru relaţii de tip paternal. Lucrurile s-ar complica şi mai mult, dacă copilul-clonă ar aparţine unui homosexual sau unei lesbiene.

Din punct de vedere psihologic, cea mai mare traumă o constituie însă lipsa originalităţii. Omul, fiind o creaţie a unei lumi ce are la bază relaţiile sociale şi principiul diversităţii, nu se împacă cu ideea de duplicat. Dificultăţile de natură psihologică sporesc, atunci când cel care asigură paternitatea ADN-ului este un necunoscut sau ţine să rămână anonim. Copilul nu mai poate afla nimic despre descendenţa sa biologică.

Clonarea presupune un anumit determinism care îl lipseşte pe om de posibilitatea de a avea un destin. Din punct de vedere biologic, un asemenea om este legat de evoluţia modelului său, căci în programul său genetic sunt înscrise toate calităţile sau defectele antecesorului.

Şi clonarea terapeutică presupune probleme de ordin moral nerezolvate. Existenţa ţesuturilor sau a organelor de schimb, create în vederea transplantului, deschide oportunitatea unui adevărat marketing, iar ca subiect de comercializare, persoana umană este diminuată, devenind mijloc şi nu scop.

Manipularea genetică asigură punerea în practică a unor capricii ale omului. În felul acesta poate fi judecată chiar dorinţa acelora care-şi doresc reproducerea unei

---

45 *Ibidem,* p. 226

persoane dispărute, în condiţii tragice, sau copierea unor personalităţi din lumea politicii, culturii sau sportului.

Mulţi cercetători consideră că aceste probleme, de ordin legal sau moral, pot fi rezolvate dacă se produce clonarea până în a 14-cea zi de viaţă.46 Raportul Warnock (1984), dar şi alte documente, susţine că nu se poate vorbi de o identitate biologică, specifică unei fiinţe umane, până la formarea plăcii neurale.47

Tehnica clonării oferă încă şanse reduse de reuşită. La clonarea oiţei Dolly au fost înregistrate pe parcurs 236 de eşecuri. Foarte mulţi embrioni mor, fie la implantare, fie pe parcursul gestaţiei, înainte ca, doar prin accident, să ajungă la naştere. Iar tehnicile de până acum nu asigură dezvoltarea fără pericolul apariţiei unor anormalităţi.

Rămâne nerezolvată în continuare problema fertilităţii şi longevităţii fiinţelor clonate. După datele de până acum, îmbătrânirea presupune o scurtare a secvenţelor ADN, situate la extremitatea cromozomilor, ceea ce înseamnă că organismele clonate au la naştere vârsta persoanelor de la care a fost prelevat materialul genetic.

4. DIAGNOSTICUL PRENATAL

Tehnicile moderne permit aflarea foarte multor informaţii despre viaţa copilului în uter. Cel mai simplu examen de sarcină constă într-o analiză de sânge (screening seric matern), care permite măsurarea câtorva proteine produse de copil, în sângele mamei, ceea ce oferă informaţii despre sănătatea fătului. Pe această cale, o femeie însărcinată poate fi pusă în gardă asupra eventualelor malformaţii ale fătului. Siguranţa testului este de 60-75%. Multe dintre acestea sunt utile, mai ales cele referitoare la momentul naşterii.

Malformaţiile feţilor pot fi detectate cu riscuri mai puţine cu ajutorul ultrasunetelor. Se măsoară pe această cale membrana de pe ceafa copilului. O îngroşare crescută a plicii de pe ceafă, aşa cum arată literatura medicală, poate indica prezenţa sindromului Down în proporţie de 90%.48

Cel mai frecvent test de diagnostic este amniocenteza, care se realizează după a 16-a săptămână de sarcină. Se poate realiza în scop de diagnostic şi terapeutic.49 Metoda constă în introducerea unui ac subţire prin peretele abdominal, sub ghidaj ecografic, extragerea unei mici cantităţi de lichid din sacul amniotic din uter şi examinarea celulelor fătului recoltate. Se determină astfel, cu o certitudine relativă, dacă fătul are sindromul Down sau spina bifida.

---

46 Legea din Marea Britanie privind fertilizarea şi embriologia umană 1990 permite cercetarea pe embrionul uman, până în a 14-cea zi de la conceperea lui

47 Protopopescu, Denisa Marina *et al., op.cit.,* p.352

48 *A Way of Life*, p. 29

49 Niţescu, Vasile, *Obstetrică şi ginecologie*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică, 2002, p. 55-57

O tehnică, ce permite intervenţia asupra fondului genetic al omului încă din primele lui zile de viaţă, este tehnica eşantioanelor cu vilozităţi corionice şi se realizează la a 11-a săptămână de sarcină. Ea constă în analizarea cromozomilor din celulele prelevate din placentă, prin biopsie. Se pot detecta în felul acesta anomaliile în cazul sindromului Down.

Motivaţia de bază, pentru care se recurge la diagnosticul prenatal, se reduce nu la înregistrarea datelor necesare unei naşteri fără riscuri, ci la identificarea deficienţelor genetice sau la determinarea sexului. Noile progrese ale ingineriei genetice fac posibilă intervenţia asupra patrimoniului genetic al embrionului, încă din primele faze ale evoluţiei sale. De aceea, prin diagnosticul prenatal nu se urmăreşte decât selecţionarea embrionilor şi impunerea unei soluţii fatale. Pericolul unor eventuale malformaţii îi determină pe părinţi să avorteze copilul. Un rezultat definitiv asupra unui asemenea diagnostic îl oferă doar testele de diagnostic.

Oricât de perfecţionate ar fi tehnicile, rezultatul nu este niciodată sigur, iar riscurile sunt multiple. În urma acestor intervenţii, care presupun pericolul înţepăturii cu acul în timpul puncţiei, mulţi copii au rămas mutilaţi. Studii recente arată că testele de diagnostic (chiar amniocenteza) au o anumită influenţă asupra dezvoltării membrelor copilului. Pot suferi, bineînţeles, infecţii cauzate de puncţie şi femeile.

În Marea Britanie, testele cu vilozităţi corionice produc o rată a pierderii de sarcină între 2 şi 5%. Iar din cei 10.000 de copii nenăscuţi, examinaţi prin amniocenteză, 1% sunt avortaţi.

Problemele de natură etică apar şi atunci când trebuie să ne punem întrebarea, în folosul cui se face diagnosticul prenatal? Statul finanţează testele de screening din motive economice. Consideră că, prin eliminarea copiilor cu malformaţii, se vor economisi banii cheltuiţi, după aceea, pentru îngrijirea lor. Programele de screening prenatal duc la o politică de detectare şi de distrugere a copiilor invalizi, atitudine ce imprimă în societate un mod de gândire jignitor la adresa oamenilor invalizi. Medicii îşi justifică actele lor, argumentând că vor să-i ajute pe viitorii părinţi ca să facă „alegeri bune“. Nu iau în seamă faptul că şi ei se mişcă într-un câmp al probabilităţilor, fiind, cu toată tehnica înaltă şi abilitatea profesională, departe de certitudine. Diagnosticul prenatal are o evidentă dimensiune eugenică. Pornind de la modul în care părinţii reacţionează la dificultăţile ce le implică naşterea unui copil handicapat, se profilează tot mai mult tendinţa, prin care atitudinea de a ameliora suferinţa este înlocuită cu dorinţa de a elimina „normalitatea“.

5. HANDICAPUL

În cele mai multe locuri din lume, ca şi în România, oamenii rezolvă problemele legate de handicap alegând soluţia ignoranţei sau a disperării. Este uitat un lucru fundamental, propriu existenţei umane, acela că oamenii invalizi au aceeaşi valoare umană ca oricare alt membru al societăţii. Oamenii, în cele mai multe cazuri,

nu au tăria de a manifesta solidaritate față de semenii săi. Când un cuplu depistează malformații la un făt, cel mai adesea apelează la soluția avortului. Acest mod de a acționa este determinat în primul rând de mediul moral şi cultural. Societatea exercită şi o anumită presiune emoțională asupra părinților, care au un făt cu un eventual handicap. Marea majoritate a acelora care manifestă opoziție față de avort, îşi pierd resursele sufleteşti şi morale când sunt puşi în fața cazurilor de handicap. Avortarea înseamnă a nu recunoaşte valoarea incomparabilă adusă societății de către oamenii invalizi. Societatea de astăzi, motivată mai mult de condițiile economice, manifestă o tendință crescută spre hedonism şi egocentrism, spre cultivarea plăcerilor şi a capriciilor.

În România, statul finanțează operațiile de avort în cazul sarcinilor cu diagnostic prenatal de handicap, din considerente sociale şi economice. Se presupune că cheltuielile sociale se reduc dacă se apelează la avort, ceea ce înseamnă un act de discriminare umană. Trebuie să fim deschişi şi să recunoaştem valoarea influenței unor oameni invalizi asupra societății, talentul şi puterea lor. Curajul manifestat de aceştia în fața greutăților vieții, pentru a depăşi limitele impuse de incapacitățile lor native, poate constitui un model pentru societate în ansamblu. Ținând cont de vulnerabilitatea lor şi de faptul că fac parte dintr-o minoritate socială, ei au nevoie de compasiune şi susținere.

Mulți oameni se gândesc, în primul rând, la dificultățile financiare pe care le presupune existența unui om cu handicap. Comoditățile la care aspiră, ca şi cele care îi înconjoară, îi determină să apeleze la eliminarea nu a handicapului, ci a purtătorului acestuia.

Acest mod determinist, de a gândi şi de a acționa, ne aminteşte de teoriile şi crimele eugenetice. Teoria eugenetică a fost asociată, în secolul XX, nazismului. Ea a apărut, la sfârşitul secolului al XIX-lea, în mediile anglo-saxone. Amintirea marilor crime săvârşite de adepții rasismului nazist nu-i împiedică pe mulți oameni de ştiință ca să se lase animați de ideile ce renasc sub alte forme. Linia rasistă a fost părăsită, adoptându-se alte direcții, care pornesc mai ales de la condiționări socio-economice. În această categorie intră teoriile negativiste care implică selecția fetală şi selecția genotipică. Embrionul, purtător de handicap, anomalie depistată prin analiza genotipului, este eliminat. Un asemenea diagnostic prenatal sfârşeşte cu avort.

Există apoi cazuri când conceperea şi evoluția embrionilor este dirijată după anumite criterii: conformație fizică, sănătate, inteligență etc. Mai întâi sunt alese celulele germinale, urmează fecundația *in vitro*, iar dezvoltarea ulterioară a zigotului se va face în uterul unei mame, purtătoare şi ea de calități. O soluție, oarecum acceptată de bioeticieni şi oamenii de ştiință, este metoda genoterapiei, care presupune intervenția omului doar în momentul concepției, când practică un transfer de gene.

Tehnicile ingineriei genetice permit intervenția asupra patrimoniului genetic al embrionului, coordonând geneza şi dezvoltarea sa. Sunt modificate secvențe din

structura ADN-ului pentru a potența anumite caracteristici, precum inteligența sau personalitatea. În felul acesta se ajunge din nou la rasism, tendință care a atins o culme la jumătatea secolului al XX-lea, în Germania nazistă. Se încalcă un principiu fundamental al vieții sociale, acela care asigură egalitatea dintre oameni. Demnitatea umană nu poate fi modelată şi distribuită conform voinței altora.

Problema handicapului frământă multe medii ale societății de astăzi. În România, după 1990, situația oamenilor invalizi a luat o întorsătură pozitivă. Există un departament de stat la nivelul guvernului, Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, care coordonează un set de programe destinate acestor oameni şi familiilor lor.

Din păcate, raportul pe 2002 al organizației Rights for Children with Disabilities relevă faptul că, în România, copiii cu handicap "nu pot avea drepturi egale cu ceilalți copii şi nu se bucură de atenția pe care autoritățile guvernamentale pretind că le-ar acorda-o".50 Copiii cu handicap, în număr de 60.000, adică 1% din cei aproximativ 6 milioane, cât constituie această categorie de populație din România, nu au acces real la instituțiile publice – şcoli, teatre, cinematografe, biblioteci, serviciu de transport public, străzi, spații de joacă, fiind nerespectate standardele europene.

Autoarea raportului, Gerison Landsworth, cere guvernului să se implice mai nuanțat şi mai concret în educarea societății civile în ceea ce priveşte nediscriminarea copiilor cu handicap şi integrarea acestora în societate. Majoritatea copiilor cu handicap au ajuns în aceste instituții din cauza deficiențelor, în special mintale. Nouăzeci la sută din copiii cu handicap instituționalizați au fost abandonați la naştere. Un studiu social, realizat de organizația „Trebuie!", în luna mai 2003, a arătat că peste 79% dintre cei chestionați consideră că în România nu sunt respectate drepturile copiilor invalizi.

Eliminarea copiilor cu handicap, prin avort, rămâne una din soluțiile rezolvării handicapului. Nu există studii care să ateste că opinia publică acceptă asemenea crude discriminări. Avorturile, în cazul copiilor cu handicap, sunt acceptate până în momentul naşterii. Părinții al căror făt are o malformație sunt adesea supuşi unor confuzii inadecvate şi brutale. Nu li se oferă consilierea necesară, nu li se dau detalii despre grupurile de susținere, care ar putea să le ofere informații mai clare şi mai corecte. Aceste situații sunt acceptate ca fiind normale, iar mentalitatea în favoarea morții se insinuează la toate nivelurile societății.

50 Ziarele „Curentul" şi „Jurnalul Național", 3 iunie 2003

1. PERSPECTIVE RELIGIOASE

1.1 Concepția creştină despre viață

Marile religii, cu rădăcini în credința veche a Israelului, au o viziune comună asupra vieții umane.[1] Viața omului, ca şi cea animală şi vegetală, a fost creată de Dumnezeu. Prin această virtute, viața este sacră. Din sacralitatea ei decurge şi calitatea ei şi nu invers. Textul biblic, în cartea „Facerea", consacră o virtute aparte omului. Bărbatul şi femeia se bucură de cinstea de a fi creați de însăşi mâna lui Dumnezeu, printr-un act de creație separat de al animalelor. Celelalte creaturi s-au născut prin cuvântul Creatorului. În ierarhia demnităților tuturor celor create de Dumnezeu, omul se află deasupra celorlalte creaturi. El are un rol privilegiat, regal. Prima sa misiune, consacrată de cuvintele Creatorului, este de a stăpâni natura în care trăieşte, de a o conduce la desăvârşire.

Viața omului, aşezată sub semnul morții, după căderea lui în păcat, s-a înnoit şi s-a întărit o dată cu învierea lui Hristos. Prin Hristos, Dumnezeu participă la experiența vieții noastre. Omul, în felul acesta, are posibilitatea de a fi părtaş la viața Creatorului.

Condiția omului de diriguitor al creației stă sub semnul păcatului. Voința sa fiind condusă încă de legea morții, a păcatului, omul nu poate înfăptui ceea ce voieşte.

1.2 Trup, suflet şi sexualitate

De la deformarea viziunii creştine despre trup pornesc marile probleme ale bioeticii în cultura europeană. Învățătura creştină biblică şi patristică relevă natura dual ă a omului: trup şi suflet.

În Vechiul Testament, trupul, în opoziție cu spiritul, reprezenta partea fragilă a omului. În Noul Testament, carnea a fost asociată cu sângele, pentru a indica valoarea umană a lui Hristos. Înclinarea spre păcat este des invocată de Sfântul

[1] Ideile din următoarele trei subcapitole au fost dezvoltate pe larg în volumele: Moldovan, Ilie, *Darul sfânt al vieții şi combaterea păcatelor*, Bucureşti, Editura Institutului Biblic şi de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, 1997; Părintele Juvenalie, *Teroriştii uterului. Terorism ştiințific şi etica începuturilor vieții. Eseu de bioetică a gestației*, Bucureşti, Editura Anastasia, 2002; Breck, John, *Darul sacru al vieții*, Cluj-Napoca, Editura Patmos, 2001; Dumea, Claudiu, *Omul între «a fi» sau «a nu fi». Probleme fundamentale de bioetică*, Bucureşti, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, 1998

Pavel. Natura umană şi-a pierdut spiritul de dreptate prin păcatul originar. Sfinţii Părinţi au comentat, cu avânt sau cu moderaţie, sensul moral conferit cărnii de Evanghelii.

Creştinismul a pus în valoare şi natura spirituală a trupului. Prin supunere, carnea renaşte, îşi află bucurie în remodelarea spiritului după chipul lui Dumnezeu. Trupul în felul acesta participă la lumina spiritului. Făgăduiala învierii se împlineşte în întruparea în Cuvânt, a lui Isus Hristos.

Viziunea creştină este tot mai mult atacată în contemporaneitate. Încă de la începuturile sale, creştinismul s-a confruntat cu cultura elenistică, fundamental dualistă. Trupul, pentru Aristotel, avea calitate de instrument al sufletului. Teologii medievali au încercat să realizeze o sinteză între viziunea iudeo-creştină şi cea elenistică.

Trupul capătă o funcţiune centrală în gândirea secolului al XV-lea, unde slăbiciunile şi senzualitatea lui sunt exploatate mai mult decât oricând. Renaşterea impune redescoperirea trupului, împrospătându-i imaginea viguroasă cu o infuzie de sorginte păgână. În felul acesta, se deschide tot mai mult calea devalorizării naturii umane. Diverse teologii au zdruncinat şi mai mult viziunea creştină, unde trupul este înţeles ca dar, ca lăcaş sacralizat prin prezenţa spiritului. Puzderia de ideologii a secolului XX a redus omul la stadiul de obiect gânditor. Demnitatea sa a fost aşezată în aceeaşi ordine cu capacitatea de valorificare a instinctelor grupului.

Dimensiunea sexuală implică o intenţie profundă a omului, dorinţa de a se dărui cu totul celuilalt. Este una din exprimările iubirii, într-o formă radicală, având în vedere că deschide calea spre o nouă viaţă, prin procreare.

1.3 Viziunea creştină asupra avortului

Textul Vechiului Testament pune în valoare faptul că omul este viu încă de la concepţie. Spune psalmistul (David): „Că Tu ai zidit rărunchii mei, Doamne, Tu m-ai alcătuit în pântecele maicii mele. Te voi lăuda, că sunt o făptură aşa de minunate. Minunate sunt lucrurile Tale, şi sufletul meu le cunoaşte foarte. Nu sunt ascunse de Tine oasele mele, pe care le-ai făcut întru ascuns, nici fiinţa mea pe care ai urzit-o ca în cele mai de jos ale pământului. Cele nelucrate ale mele le-au cunoscut ochii Tăi şi în cartea Ta toate se vor scrie; zi de zi se vor săvârşi şi nici una din ele nu va fi nescrisă.” (Psalmul 138, 13-16)

Şi spune Iov: „Mâinile Tale m-au făcut şi m-au zidit şi apoi Tu mă nimiceşti în întregime. Adu-Ti aminte că m-ai făcut din pământ şi că mă vei întoarce în ţărână. Nu m-ai turnat oare ca pe lapte şi nu m-ai închegat ca pe caş? M-ai îmbrăcat în piele şi în carne, m-ai ţesut din oase şi din vine. Apoi mi-ai dat viaţă şi bunăvoinţa Ta şi purtarea Ta de grijă au ţinut vie suflarea mea.” (Iov 10, 8-12)

Să înţelegem, deci, că omul se află în mâinile lui Dumnezeu, şi Dumnezeu are grijă de creşterea şi formarea lui. Din Noul Testament, se înţelege că eternul Cuvânt

al lui Dumnezeu s-a încarnat nu la naşterea lui Isus Hristos, ci în momentul concepţiei sale.

În Vechiul şi Noul Testament, „nu există o menţiune directă privind avortul, excepţie făcând interpretarea rabinică a textului din Ieşire 21, 22-23... Credem, însă suficient să ştim că Dumnezeu l-a făcut pe om după chipul Său (Facerea 1-27) şi că Mântuitorul Hristos s-a jertfit şi a înviat pentru ca omul «viaţă să aibă şi s-o aibă din belşug» (Ioan, 10,10). De aceea, fiinţa umană, indiferent de stadiul de dezvoltare în care se află, trebuie respectată ca şi un chip al Creatorului, căci de la El vine viaţa şi doar el este în măsură s-o ia atunci când vrea.” [2]

2. POZIŢIA BISERICILOR CREŞTINE ŞI CULTELOR DIN ROMÂNIA

2.1 Poziţia Bisericii Ortodoxe Române

Bisericile Ortodoxe au acceptat întotdeauna moştenirea doctrinară a primului mileniu creştin. Primul sinod care a sancţionat avortul, ca pe o crimă, a fost cel de la Ancira (314 d.Cr.). Al treilea Consiliu general de la Constantinopol (Sinod de la Constantinopol), ţinut în anul 681, recunoscut atât de Biserica Romano-Catolică, cât şi de Bisericile Ortodoxe, propunea pedepse aspre, ca pentru criminali, pentru cei care provocau un avort. Învăţătura Bisericii Ortodoxe Române duce mai departe concepţiile regăsite în textele Sfinţilor Părinţi. Poziţia Sfântului Vasile cel Mare, care numeşte avortul „ucidere“, iar pe cei care calcă acest canon „drept ucigaşi“,[3] va fi luată ca reper de toată Tradiţia.

Viaţa omenească începe în momentul zămislirii, al concepţiei, iar embrionul uman se bucură de drepturile consacrate persoanei umane. Fiind o fiinţă fără apărare, ea cere, dimpotrivă, o mai mare protecţie. Are trup şi suflet şi comunică într-un mod complex cu mama sa, în al cărui pântec se află.

În 1994, Sfântul Sinod al Bisericii Ortodoxe Române a luat o poziţie oficială de combatere a avortului.[4] Reacţia a venit într-un moment în care situaţia, explicabilă ca reacţie la politica demografică a regimului comunist, căpătase aspecte grave. „După decembrie 1989, s-a ajuns la 1 milion şi ceva de avorturi pe an“ – declara într-un interviu părintele Constantin Stoica, purtătorul de cuvânt al Patriarhiei Române.

În februarie 1997, a fost adresat „Apelul Sfântului Sinod al BOR pentru apărarea dreptului la viaţă al copilului nenăscut”, întitulat „Copiii sunt

---

[2] Părintele Juvenalie, *„ Teroriştii uterului. Terorism ştiinţific şi etica începuturilor vieţii,* Eseu de bioetică a gestaţiei, Bucureşti, Editura Anastasia, 2002, p. 265

[3] Floca, Ioan, N (Arhid. prof. dr.), *Canoanele B.O.R., legislaţie şi administraţie bisericească*, vol. II, Bucureşti, p. 155

[4] Pr.Constantin Stoica, interviu acordat autorilor

binecuvântarea lui Dumnezeu", iar la 1 iunie în acelaşi an, în cele aproape 12.000 de parohii din România, a fost citită Pastorala Sfântului Sinod al Bisericii Ortodoxe Române „Copiii sunt un dar şi o binecuvântare de la Dumnezeu".[5] Aceste documente făceau referire la avort ca la pruncucidere, considerat „un păcat strigător la cer". Suprimarea vieţii a circa 1 milion de copii în fiecare an se produce în absenţa „unei convingeri creştine puternice".[6]

Cuvântul pastoral reafirma rostul familiei şi al copilului, „dincolo de greutăţile materiale şi greutăţile tranziţiei". „Nu numai oamenii Bisericii, ci şi medicii, antropologii şi biologii cinstiţi spun că avortul este o crimă. Consecinţele acestui principiu fundamental – şi anume că embrionul este o persoană din momentul concepţiei – este aceea că femeia, care avortează copilul cu voie se numeşte ucidere, iar complicitatea la avort a bărbatului şi a medicului ginecolog este complictate la crimă. Pentru Biserica creştină avortul este omor mult mai grav şi mai oribil decât altele pentru că ia dreptul la viaţă unei fiinţe omeneşti înainte de a se învrednici de Sfântul Botez... Nu numai avortul, dar şi contracepţia are urmări grave şi dureroase... Dincolo de consecinţele tragice ale avortului asupra mamei, în particular, şi asupra familiei, în general, acest păcat are urmări catastrofale, cu consecinţe de nebănuit şi pe tărâm naţional. De aceea considerăm că acest aspect l-ar putea observa cu mai multă atenţie forurile legiuitoare, realizând condiţiile liberalizării avortului".[7]

Foarte multe femei, însă, ajung în situaţia de a încălca aceste recomandări ale Bisericii. În 1996, România, conform datelor OMS, avea cea mai ridicată rată a avortului din Europa, respectiv 78 la 1000 de femei. Deşi Biserica Ortodoxă Română şi-a exprimat poziţia, fie prin publicarea unor documente oficiale, fie prin atitudini luate de diverşi preoţi şi teologi, nu s-a înregistrat nici o acţiune concretă pentru a îmbunătăţi actuala legislaţie proavort. În septembrie 1997, a fost depus un proiect de lege antiavort la Parlament, dar iniţiativa s-a stins în această fază.[8]

Există o tendinţă, în tradiţia Bisericii Ortodoxe Române, de a se accepta avortul, ca singura concesie făcută acestei practici, în cazul în care sarcina pune în pericol viaţa mamei. „Toate aceste cazuri sunt rezolvate în scaunul spovedaniei. Preotul nu impune, căci în biserică totul se face respectând libertatea omului, dar, prin sfatul lui, mărturiseşte că susţine păstrarea copilului."[9]

Timothy Ware, episcop ortodox grec, în cartea sa referitoare la Biserica Ortodoxă, deşi arată că există diferenţe de opinie în privinţa subiectului contracepţiei, „avortul este condamnat, fără echivoc, de învăţătura morală ortodoxă".[10]

---

[5] *„Viaţa cultelor",* 20 iunie, 1997
[6] *Ibidem*
[7] *Ibidem*
[8] Moisin, Anton, *Ocrotirea copiilor nenăscuţi*, Sibiu, 1997,
[9] Pr. Constantin Stoica, interviu acordat autorilor
[10] *Apud A Way od Life*, p.43

Biserica Ortodoxă Română susţine activitatea mai multor asociaţii, care militează pentru drepturile copiilor nenăscuţi. În 2001, împreună cu Biserica Romano-Catolică, a organizat un congres internaţional pe tema „Familia şi viaţa la începutul unui nou mileniu creştin“, ocazie ce a permis reafirmarea principiilor ce decurg din tradiţia bisericii. Majoritatea reprezentanţilor Biseriicii Ortodoxe Române au condamnat avortul şi contracepţia.

Prea Fericitul Patriarh Teoctist afirmă: „Ne aflăm, astăzi, noi, românii, într-o situaţie deosebit de complexă, care ne pune în situaţia de a alege, printr-un efort de voinţă lucidă, între un mare viitor, favorizat de conjunctura universală şi de experienţa noastră ancestrală unită cu însuşirile noastre sufleteşti şi intelectuale, pe de o parte, şi dispariţia pur şi simplu ca popor din istorie şi de pe faţa pământului, pe de altă parte. Vă este cunoscută tragedia demografică din ţară, estimată de specialişti la 12 milioane de români, care nu s-au mai născut, căzând pradă înfricoşătorului păcat al avortului. Nici unul dintre cele două războaie mondiale nu s-a soldat cu câte un milion de victime, dar noi astăzi am ajuns să aflăm de uciderea anuală a mai mult decât într-un război mondial.

Biserica se confruntă astfel cu o adevărată avalanşă de desfigurare morală a societăţii noastre. A-i face faţă, a-i riposta, a reda neamului nostru voinţa şi puterea de a trăi şi a învinge răul este o misiune care intră în însăşi definirea chemării noastre, ca slujitori ai Bisericii străbune, nădejdea dăinuirii noastre ca popor. Dacă ne vom dovedi neputincioşi în faţa acestei primejdii pe scară naţională, Dumnezeu ne va osândi la judecata de pe urmă a neamurilor. Pe noi, mai întâi, păstorii sufleteşti, dovediţi nevolnici şi nevrednici de rolul nostru în fruntea turmei celei cuvântătoare de Dumnezeu. A reda însă dorinţa de viaţă şi puterea de viaţă unui popor înseamnă a-i reda încrederea în el însuşi, în rostul lui pe lume, în ziua de mâine.”[11]

2.2 Poziţia Bisericii Romano-Catolice

În tradiţia Bisericii creştine, avortul a fost considerat drept crimă. Pentru cei care au căzut în acest păcat au fost create canoane aspre. Păcatul pruncuciderii priveşte atât Biserica, cât şi pe fiecare credincios în parte.

Scrierea *Didahia* (Învăţătura Apostolilor, secolul II d.Cr.), ca şi epistola lui Barnabas, din aceeaşi perioadă, prezintă imaginea copilului în sânul mamei ca pe o operă a lui Dumnezeu. În aceste scrieri, avortul şi infanticidul sunt condamnate în mod explicit: „Să nu ucizi nici un copil, prin avort sau după naştere”. În *Didahia* se

[11] Din cuvântul Prea Fericitului Părinte Patriarh Teoctist, adresat Adunării Eparhiale a Mitropoliei Ortodoxe Române pentru Germania, Europa Centrală şi de Nord, Catedrala Metropolitană din Nürnberg, 10 mai 2003 (www.patriarhia.ro)

arată că drumul morții în lume începe prin „uciderea copiilor“ şi „uciderea prin avort a creaturilor lui Dumnezeu”.[12]

Primii lideri creştini, scriitori şi apologeți din Est şi din Vest, au condamnat avortul. În perioada patristică, referiri la avort au făcut: Sfântul Justin Matririul, Atenagoras, Clement din Alexandria, Tertulian, Minuciu Felix, Sfântul Ciprian, Sfântul Ieronim, Sfântul Vasile cel Mare, Sfântul Ioan Gură de Aur şi Sfântul Augustin.

Începând cu Conciliul Elvira (anul 300 d.Cr.), Biserica a condamnat întotdeauna avortarea fătului, echivalând acest act cu uciderea unui om inocent. În Evul Mediul, când era luată în considerare teoria duratei animării, avortul efectuat înainte de a 14-a zi pentru băieți şi în a 18-a zi pentru fete era condamnat în mod sever. Teoria prezenței sufletului spiritual, după câteva săptămâni, de la concepere, teorie care a circulat ca opinie generală în secolele XIII şi XIV, a fost susținută de mari teologi, precum Toma D'Aquino, care se baza pe ideea lui Aristotel. Filozoful grec a considerat că viața umană începe printr-un proces gradual. Fătul, în prima perioadă după concepție (40 de zile pentru băieți şi 80 de zile pentru fete), nu este înzestrat decât cu suflet vegetativ. Embrionul devine ființă umană numai când achiziționează suflet uman sau rațional. Sufletul constituia principiul după care se deducea viața umană. Sfântul D'Aquino a considerat că sufletul lui Iisus Hristos nu s-a dezvoltat într-un mod normal, ci a fost complet şi deplin uman din momentul concepției sale miraculoase. Declarația privind avortul provocat, elaborată de Congregația pentru Doctrina Credinței (25 noiembrie 1974), susține că în acea perioadă „nimeni n-a negat niciodată că avortul provocat, încă din primele zile, era, din punct de vedere obiectiv, un păcat grav. Această poziție a fost susținută în mod unanim”.[13]

Procesul ovulației şi al concepției a fost cunoscut şi înțeles începând cu 1827, când a fost descoperit ovulul. Profesorul John Saward, cunoscător profund al operei lui Toma D'Aquino, scria: „Dacă ar fi trăit astăzi Sfântul Toma D'Aquino, ar fi susținut fără îndoială doctrina însuflețirii imediate. Principiile fundamentale ale filozofiei sale despre om sunt independente de descoperirile de început ale biologiei. Într-adevăr, când aceste principii sunt aplicate la știința contemporană, ele oferă un sprijin formidabil pentru ideea animării imediate”.[14]

Unii teologi au admis posibilitatea avorturilor tardive, mergând pe principiul salvării vieții mamei, principiu care avea la bază „dorința presupusă a copilului de a-şi sacrifica viața“. Această teorie însă nu a fost acceptată niciodată de către Biserica Catolică în învățăturile sale. Punctele de vedere relativiste din perioada

---

[12] *Apud a Way of Life*, p. 88

[13] Seaudeau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est” în *Congresul internațional „Familia şi viața la începutul unui mileniu creştin*”, Bucureşti, 2002, p. 298

[14] *Apud*, *A Way of Life*, p. 42

Renaşterii, care justificau avortul, au fost condamnate aspru de către Papa Inocenţiu al XI-lea.

Credinţa în însufleţirea imediată a fost amplu argumentată în Declaraţia privind avortul provocat, elaborată de Congregaţia pentru Doctrina Credinţei la 25 noiembrie 1974. Până la această dată, poziţia Bisericii a fost expusă în mod explicit în Enciclica *Casti Connubii* (1930), Enciclica *Humanae Vitae* (1972), şi în discursurile ţinute de Papa Pius al XII-lea (Congresul Uniunii Catolice a Moaşelor, 1951 şi Frontul Familiei şi Asociaţiei, 1951) şi Papa Paul VI-lea (al XIII-lea Congres Mondial al Uniunii Juriştilor Catolici Italieni, 1972). Documentul din 1974 aduce multe argumente ce susţin ideea existenţei vieţii umane din momentul conceperii: „În momentul în care ovulul este fecundat începe o nouă viaţă, care nu este nici a tatălui, nici a mamei, ci a unei noi fiinţe umane, care se dezvoltă în mod autonom. Viaţa noii fiinţe umane trebuie înţeleasă ca un proces de dezvoltare continuu. Această fiinţă nu s-ar numi niciodată umană, dacă nu ar fi fost aşa de la început, de la concepţie“.[15]

Ideea unicităţii vieţii umane, chiar de la momentul concepţiei, este susţinută de ştiinţa geneticii moderne, cu argumente valoroase. Genetica arată că, primele celule, de după fecundare, au inserate date ale omului individual, care se va naşte, cu toate caracteristicile bine determinate. „Din momentul fecundaţiei începe deja aventura vieţii umane”. Această Declaraţie a apărut într-un moment în care se discuta despre legislaţia avortului, în mod favorabil, în multe ţări europene. Afirmaţiile din acest document vor fi reînnoite, în aceiaşi termeni, în *„Donum vitae“* (22.02.1987).[16]

Papa Ioan Paul al II-lea a condamnat avortul în numeroase documente, în special în *Familiaris Consortio* (nr. 30), în „Scrisoare către familii”(nr. 13) şi în Scrisoarea Enciclică „Evanghelia Vieţii“ (*Evangelium Vitae*). Sanctitatea Sa vorbeşte despre „valoarea sacră a vieţii umane de la începuturile sale, valoare pe care se bazează fiecare comunitate umană şi politică“ şi demască lupta dintre „cultura vieţii“ şi „cultura morţii“. «A revendica dreptul la avort, la infanticid, la eutanasie şi a cere recunoaşterea lor legală echivalează cu a atribui libertăţii umane o *semnificaţie perversă şi nedreaptă,* aceea a unei *puteri absolute asupra şi împotriva celorlalţi*. Dar acest fapt constituie moartea adevăratei libertăţi: „Adevăr, adevăr vă spun: tot cel care săvârşeşte păcatul este rob al păcatului” (In 8,34) ».[17]

Concepţia privind avortul este extinsă asupra tuturor activităţilor abortive a mijloacelor de control al naşterilor, cum ar fi dispozitivul intrauterin sau pilulele cu hormoni. Biserica Catolică interzice, de asemenea, metoda fertilizării *in vitro*, cercetarea distructivă pe embrionii umani, efectuată în orice scop (inclusiv pe

[15] Seaudeau, Jacques (Mons.), *op.cit.*, p. 298
[16] *Ibidem*, p. 299
[17] Papa Ioan Paul al II-lea, *Evanghelia vieţii*, Secţiunea 20, p.27

embrioni clonați), precum şi orice acțiune care duce la distrugerea vieții umane în momentul concepției.[18]

2.3 Biserica Română Unită cu Roma

Lucian, Arhiepiscopul şi Mitropolitul Bisericii Române Unite cu Roma, Greco-Catolică,[19] consideră că „liberalizarea avortului a dus la practicarea acestuia fără discernământ, la libertinaj şi concubinaj cu consecințe a unor sarcini nedorite eliminate prin avort", iar „practica nesăbuită a avorturilor creşte şi numărul femeilor care ajung să-şi dorească copilul, dar nu mai pot, din cauză că organismul le este slăbit." Biserica Greco-Catolică "nu a fost niciodată de acord cu practicarea avortului, acesta fiind considerat crimă. Decalogul, care constituie şi un îndrumar de viețuire creştinească, spune, în Porunca a V-a, «Să nu ucizi». În acest context, considerăm că această «liberalizare» constituie de fapt o înrobire a persoanei umane preocupărilor exagerate față de sexualitate şi degradarea prin crimă".

În legătură cu contracepția: "Excluzând cazurile medicale riguros diagnosticate (în care administrarea unor produse înrudite celor contraceptive se face pentru stabilizarea fiziologiei ciclului biologic şi care pot avea ca dublu efect, în perioada tratamentului, excluderea conceperii), nu împărtăşim nici practica şi nici politica instituțiilor care promovează aceste practici. Tratamentele amintite sunt recomandate; ele țin şi de concepția etică a medicului curant."[20]

2.4 Cultul creştin Biserica Evanghelică Română

Cultul creştin Biserica Evanghelică Română şi-a formulat răspunsurile, la aceste probleme de ordin moral, pornind de la textul biblic. Petre Miu, preşedintele cultului,[21] considera că, prin fiecare avort, „este omorâtă o viață deja începută" şi apreciază că statul român, acceptând legea avortului liber, „îi exclude pe cei slabi (ființe vii, copii lipsiți de apărare) şi se face garantul celor puternici", comițând un grav abuz de putere. „Soluția în fața sărăciei nu stă în suprimarea săracului (născut sau nenăscut), adică a copilului", ci în stăruința de a-i crea acestuia „condițiile cele mai bune de viață". Avortul, permițând suprimarea vieții umane într-o anumită fază a ei, conduce la eutanasie.

Programele de planning familial omit să informeze femeile despre consecințele contracepției abortive. „Singura metodă de contracepție admisă de Biblie este cea naturală, reprezentată de abstinență pentru o perioadă de timp".

---

[18] *A Way of Life*, p. 43
[19] Scrisoare trimisă autorilor, 9 septembrie 2002
[20] *Ibidem*
[21] Scrisoare adresată autorilor, 2 august 2002

2.5 Federația Comunității Evreieşti din România

Tora, legea iudaică, ce cuprinde primele cinci cărți din Biblia creştină, interzice luarea unei vieți inocente. Dumnezeu a creat omul. Fiecare membru al familiei umane este făcut după chipul Său. Copilul din uter este comparat, în Talmud, cu o candelă sau o lumânare. Pornind însă de la un text antic, *Mishna Ohalot*, în tradiția iudaică există şi tendința de a aşeza viața mamei mai presus decât cea a fătului: „Când o femeie se află în dificultate la naştere, e permis să se taie fătul în pântecele mamei şi să fie scos în bucăți, pentru că viața mamei are prioritate față de cea a fătului".[22] Acest principiu se regăseşte şi în textele lui Maimonide, interpret al legii iudaice, din secolul al XII-lea. El susține că interzicerea omuciderii din Tora se extinde şi asupra fătului.[23] Un descendent al lui Noe, care a omorât un făt, a fost condamnat la moarte. Maimonide introduce însă şi o excepție: avortul este posibil atunci când sarcina pune în pericol viața mamei. Acest act este permis în virtutea principiului legitimei apărări, căci fătul atentează la viața mamei.

Există tendința, în contemporaneitate, ca această excepție să fie acceptată de mulți evrei. Au apărut multe disensiuni, mai ales în comunitatea evreiască din America, pornind de la această interpretare. În 1978, şeful Curții Rabinice Supreme din America a fost îngrijorat de diversitatea interpretărilor, la nivel local, şi a susținut instaurarea unei morale universale acceptate de catolici, protestanți sau iudei. Omorârea unei persoane, în tradiția Torei, reprezintă un act interzis. O dată cu acceptarea legii avortului în Israel (1977), numărul acestor susținători ai avortului a crescut. Anual, în Țara Sfântă sunt făcute, în mod legal, 22.000 de avorturi.[24]

Marele Rabin Menachem Hacohen, susține, în numele Federației Comunităților Evreieşti din România, că „legea permite avorturi în cazuri excepționale (când e vorba de sănătatea femeii sau când îi este viața în pericol) şi numai la începutul sarcinii. Când sarcina se află în stadiu avansat, interdicția este totală. Decizia rămâne la latitudinea medicului de specialitate şi a rabinului. Când e vorba de o minoră sau de o sarcină în afara căsătoriei, comisia analizează fiecare caz în parte."

Federația Comunității Evreieşti din România, de asemenea, nu interzice folosirea metodelor de contracepție şi acceptă ideea planificării familiale.

Când e vorba de cupluri, care nu pot avea copii din motive medicale, tehnicile fertilizării *în vitro* pot constitui o soluție. „Atât donatorul cât şi purtătoarea sarcinii trebuie însă foarte bine analizați".

Şi cercetările pe embrionii umani sunt acceptate, dacă sunt în folosul vieții. În lumea iudaică, clonarea ridică însă probleme morale şi teologice. Deocamdată nu a fost formulată nici o poziție, un fapt care lasă loc oricărei decizii („nu există nici o hotărâre de ce e permis şi ce nu").

---

[22] A Way of Life, p. 45
[23] *Ibidem*, p.46
[24] *Ibidem*

2.6 Cultul Musulman

Coranul, cartea sfântă a Islamului, interzice uciderea copiilor. Viața începe în momentul concepției, iar omorul este incriminat. Coranul acceptă o excepție în cazul pedepselor care sunt date în conformitate cu legea islamică sau în cazul „războiului just". Există un pasaj în textul sfânt care lasă loc la interpretări. Omul a fost creat dintr-o picătură a fluidelor care aparțin bărbatului şi femeii. Participarea la acest act determină apariția vieții în uter. Forma de viață rezultată rămâne în uter pentru o anumită perioadă de timp, urmând să fie adusă la lumină prin naşterea unui copil. Muftiul Baghis Sanghirai, şeful Muftiatului Cultului Musulman din România,[25] pornind de la textul Coranului, mai precis în Surat el Isra (versetul 31), arată că Dumnezeu porunceşte: „... şi nu omorâți copiii voştri din frica sărăciei! Noi le vom asigura cele de trebuință, ca şi vouă. Omorârea lor este un mare păcat!"

Punctul de vedere, prin care mama are o poziție privilegiată față de făt impune multe condiționări: „Dacă sarcina nu constituie un pericol care să afecteze starea de sănătate a mamei, chiar dacă cei doi soți sunt de acord ca avortul să aibă loc, Islamul interzice acest lucru, consacrându-l ca un mare păcat. În cazul în care fătul este format, iar avortul are loc, această faptă se consideră crimă." „Dacă naşterea copilului pune în pericol viața mamei, atunci avortul este permis. În acest caz nu se sacrifică mama pentru copil, ci copilul pentru mamă".

Moartea copilului, în acest caz, este înțeleasă ca un rău mai mic decât moartea mamei, argumentează dr.Yusuf Al Qaradawi, preşedintele Consiliului European Fatwa de Cercetare, reamintind un principiu unanim acceptat în jurisprudența islamică.[26] Cu toate acestea, în toate țările islamice există legi foarte restrictive în privința avortului.

Problema utilizării metodelor contraceptive capătă răspunsuri diferite de la o țară musulmană la alta. În unele țări, unde există legi liberale în privința avortului, ca în multe țări predominant creştine, este încurajată folosirea metodelor de contracepție. „În Islam este permis ca, în urma înțelegerii soților, să se folosească acele metode de contracepție care nu afectează starea de sănătate a soților". Nu sunt permise operațiile de sterilizare, dar sunt acceptate multe metode de fertilizare *in vitro*. „Islamul permite obținerea sarcinii prin metode prescrise de medici, cu condiția ca atât sperma cât şi ovulul să aparțină soților. Nu este permisă situația când sarcina unei femei se obține cu sperma altui bărbat".

[25] Scrisoare adresată autorilor, 15 noiembrie 2002
[26] *A Way of Life*, p. 46

2.7 Creştinii cu poziții echivoce

În secolul al XX-lea, creştinii protestanți au avut deseori poziții echivoce referitoare la avort. Pe de o parte, în mod oficial, au susținut că avortul nu este dezirabil, iar, pe de altă parte, au fost de acord cu excepții de la această regulă, considerând că avortul poate fi justificat şi din punct de vedere moral, în funcție de circumstanțe. Aceste biserici iau în considerare dreptul mamei la autodeterminare, socotind că acest punct de vedere de a lua în seamă poziția mamei oferă mai multe avantaje, în comparație cu situația când avortul nu era legalizat.[27]

[27] Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 162

1. LEGEA AVORTULUI ÎN LUME

1.1 Tradiție

Avortul a fost practicat în toate epocile istoriei, dar niciodată nu a fost acceptat ca în societatea contemporană. Trăim într-o epocă dominată de mentalitatea abortivă. Avortul nu mai este considerat o infracțiune sau o culpă, nu mai este urmărit de lege, pedepsit ca atare, ci este asimilat ca un drept al femeii. De altfel, în acest sens termenul de „avort" a fost înlocuit cu conceptul de „întrerupere voluntară a sarcinii". Pe primul plan a fost aşezat dreptul femeii, fapt ce a determinat mişcările feministe din anii '60, când principiul autodeterminării materne, lansat în anii '30, a cunoscut o amploare nemaiîntâlnită, lăsând în plan secundar poziția fătului.

Faptul că avortul a fost practicat din cele mai vechi timpuri este dovedit astăzi prin textele unor legi care îl interziceau. Prima formă a unei asemenea legi datează din anul 1800 î. Cr., în Sumer. Acte normative similare au existat în vechiul Babilon şi în Asiria.

Se ştie că avortul provocat, fie cu ierburi, fie prin manipulare, era practicat în vechiul Egipt, Grecia şi Roma antică. O rețetă a fost descoperită în arhiva împăratului chinez Shan-Nung (mileniul al III-lea î.Cr.). În operele marilor filozofi (Aristotel, Platon) se găsesc recomandări privind provocarea pierderii de sarcină, în scopul reducerii membrilor familiei. Dimpotrivă, în Imperiul Roman, a existat tendința ca statul să fie împotriva acestor practici. Împăratul Augustus, îngrijorat de reducerea populației, după cum consemnează Plutarh, a dat câteva legi împotriva avortului.1 Erau considerate avort atât metodele chirurgicale, cât şi cele pe care le numim astăzi metode contraceptive. Ca metode de contracepție se utilizau foarte des drogurile spermicide (Sf. Ieronim).2 „Prin jurământul lui Hipocrat (460–377 î. Cr.), viitorul medic se angajează «nu voi da niciodată vreunei femei vreo băutură abortivă»".3 Această viziune se regăseşte în toată tradiția medicală occidentală. Teologii creştini au condamnat intervențiile omului asupra fătului, din momentul conceperii. Între secolele XI-XIII, „controversele s-au restrâns şi un oarecare consens s-a format cu privire la momentul intervenției, şi anume cât mai devreme

1 *A Way of Life*, p. 83
2 Scripcaru, Gh. *et.al.*, *Bioetica, ştiințele vieții şi drepturile omului*, Iaşi, Ed. Polirom, 1998, p. 108
3 Părintele Juvenalie, *Teroriştii uterului. Terorism ştiințific şi etica începuturilor vgieții. Eseu de bioetică a gestației*, București, Editura Anastasia, 2002, p.265

înainte ca fătul să primească «suflet»".4 La începutul secolului al XIX-lea, primele state americane au interzis avortul, după momentul în care apăreau mişcările fetale. Avortul era considerat infracţiune. Se admiteau însă excepţii în scopul salvării vieţii mamei. La începutul secolului XX, Biserica Catolică a reînceput să condamne vehement avortul, indiferent de momentul sarcinii. Nu mai sunt luate în seamă riscurile „salvării vieţii mamei şi a copilului".

În aceeaşi perioadă, mişcările feministe americane au impus conceptul „maternitate voluntară" („voluntary motherhood"), ce desparte viaţa sexuală de procreare. La începutul anilor '60, un alt concept, planificarea familială (family planning) mută atenţia dinspre autonomia femeii spre controlul naşterilor. Pe acest fundal, al creşterii conştiinţei asupra drepturilor femeilor, organizaţiile feministe solicită legalizarea avortului.

În secolul XX, URSS a fost prima ţară care a legalizat avortul (în 1920). Norme restrictive au fost impuse în spaţiul sovietic în perioada 1936 – 1955. După acest an, majoritatea ţărilor din Europa Centrală şi de Est, aflate după cortina de fier, au urmat modelul sovietic. România, îngrijorată de reducerea populaţiei, urmare a regimului liberal, a aplicat o politică de control a populaţiei, începând cu 1966. A fost singura ţară din blocul comunist, care s-a abătut de la modelul sovietic, elaborând un sistem legislativ antiavort. Toate aceste legi şi decrete au fost abrogate în decembrie 1989. Multe dintre ţările foste comuniste au restrâns libertăţile proavort după căderea cortinei de fier. Cu toate acestea, ratele asociate acestui flagel, în toată Europa de Est, au rămas foarte înalte. Singura ţară care a adoptat o legislaţie antiavort este Polonia (1993).

Ţările scandinave au început liberalizarea legislaţiei avortului în 1930. Prima ţară necomunistă care a legalizat avortul la cerere a fost Japonia (1948). A urmat Marea Britanie (17 octombrie 1967), după care multe ţări din Comunitatea naţiunilor britanice (*Commonwealth*) şi-au asumat acest model. În 1967, pentru prima dată, a fost legalizat avortul în Statele Unite, în statul Colorado. După adoptarea deciziei Curţii Supreme în procesul Roe vs. Wade, în 1973 - prin care embrionul uman, până la 28 de săptămâni, nu se mai bucura de protecţia constituţiei americane -, avortul a fost legalizat în toate celelalte 50 de state americane. După aceea, multe ţări din Europa occidentală au urmat această cale: Danemarca - 1973, Austria – 1974, Germania Federală – 1974, Suedia – 1974, Franţa – 1975, Norvegia – 1975, Islanda – 1975, Grecia – 1978, Italia – 1978, Portugalia – 1985, Spania – 1985 şi Belgia – 1990.

Cercetători americani au arătat că legalizarea avortului a condus la creşterea numărului cazurilor de boli cu transmitere sexuală (BTS) cu aproximativ 25%. Un studiu efectuat de John Klick şi Thomas Stratmann, ambii de la Universitatea Mason, Virginia, evidenţiază că prin legalizarea avortului „au fost oferite noi motive de angajare într-o relaţie sexuală riscantă". În acelaşi timp, costul avortului a scăzut.

---

4 Scripcaru, Gh., *op. cit.*, p.108

Toate acestea au avut efecte directe asupra măririi ratelor de îmbolnăvire cu BTS. Incidența acestor boli „a crescut atât calitativ, cât şi cantitativ".5

Legile privind liberalizarea avorturilor vor duce la exterminarea legală a altor ființe umane şi vor însemna încă un pas spre decăderea valorilor morale din lumea contemporană.

1.2 Problema avorturilor clandestine

Cei care susțin liberalizarea avorturilor consideră că aceasta este singura cale de a lupta împotriva avorturilor clandestine. Se adoptă, în subsidiar, soluția „răului minim". La vedere, se discută nu despre legalitatea avortului, ci de necesitatea de a găsi legislația prin care să se controleze avortul clandestin, care implică costuri mari financiare şi pericole numeroase pentru sănătatea femeii.

Multe organizații pro-avort pun în circulație pe piață multe statistici „retuşate", urmărind amplificarea dramei avortului clandestin. În anii '60-'70, a fost configurat un asemenea tablou derutant. Astăzi se ştie că, în acei ani, numărul avorturilor clandestine a fost exagerat. În Anglia, s-a vorbit, la începutul anilor '60, de 100.000 sau chiar 250.000 de avorturi clandestine pe an. În realitate, cum arată investigațiile făcute ulterior, numărul acestor cazuri a fost estimat la 25.000. În Franța, în 1971, s-a discutat mult pe marginea unui milion de avorturi clandestine pe an. Instituțiile specializate (INED, de exemplu) au susținut în mod oficial valoarea de 250.000. Ulterior, această cifră a coborât la 65.000, valoare recunoscută unanim. În Parlamentul italian s-a vorbit, urmând aceleaşi manipulări, de unul sau chiar două milioane de cazuri pe an. Verificările nu au arătat mai mult de 200-250.000. În Statele Unite, organizațiile pro-avort au susținut că, anual, între 5.000 şi 10.000 de femei mor din cauza avortului clandestin. Pentru anul 1972, statisticile OMS arătau 70 de decese la această categorie.

Prin astfel de joc al statisticilor, legislația permisivă la avort s-a extins în lume. Conform datelor Diviziei de Populație a Secretariatului Națiunilor Unite, în 1999, existau 193 de țări care adoptaseră asemenea soluții. Dintre acestea, 189 permiteau avortul mai ales pentru a salva viața mamei. Un număr de 122 de țări, reprezentând 63% din populația lumii, a acceptat avortul ca o soluție pentru sănătatea fizică a mamei, iar alte 120 de țări, pentru sănătatea mentală. Un număr de 83 de țări (43%) a luat în calcul cazurile de viol şi de incest. În timp ce 70 de țări (39%) au considerat că anomaliile fătului impun suprimarea lui. Avortul din motive sociale şi economice a fost acceptat în 63 de țări (33%), iar avortul la cerere, în 52 de țări (27%).6

5 LifeSite, 31 martie 2003
6 *A Way of Life*, p. 84

1.3 Avortul terapeutic

Avortul terapeutic reprezintă un caz complex care a căpătat multe interpretări în timp. Dificultatea derivă din aşezarea în poziţii antagonice a sănătăţii vieţii mamei şi a vieţii fătului. Dezbaterile acestui caz nu s-au axat pe găsirea unei soluţii terapeutice, ci au scos la vedere şi mai mult pericolele pentru sănătatea mamei, evidenţiindu-se astfel soluţia întreruperii sarcinii.

Multe dintre indicaţiile medicale, cum prevedeau tratatele clasice, şi-au pierdut din forţa argumentelor lor, dat fiind progresul medicinii. Multe maladii, care se agravau în timpul sarcinii, pot fi prevenite. Tuberculoza este tratată în orice condiţii şi se recunoaşte că întreruperea sarcinii nu opreşte evoluţia ei. Mai complexe sunt cazurile care se asociază cu o cardiopatie sau un diabet. De asemenea, marea majoritate a cardiopatiilor pot fi tratate cu succes, fără a se recurge la avort provocat. Literatura de specialitate arată că avortul este mai traumatizant decât continuarea sarcinii cu supraveghere atentă şi dietă. Chirurgia cordului se poate practica în timpul sarcinii, de preferinţă până în luna a IV-a de gestaţie. În aceeaşi categorie mai intră maladiile cardiovasculare, bolile hepatice şi pancreatice, tumorile ş.a. Însă, din motive greu de înţeles, de multe ori aceste cazuri au încă indicaţii de întrerupere a sarcinii. De fapt, aceste maladii nu reprezintă decât aproximativ 22% din totalul avorturilor terapeutice practicate în lume (date statistice de Hefferman şi Lynch, 1953). 7

Majoritatea acestor cazuri pot fi controlate de medicina modernă. Riscurile care privesc viaţa şi sănătatea mamei s-au redus. Există şi situaţii de sănătate, care se agravează în mod real în timpul sarcinii, când se profilează un conflict dramatic între viaţa mamei şi a fătului. În toate aceste cazuri, este de datoria medicului să susţină în viaţă atât mama cât şi copilul, utilizând toate mijloacele terapeutice.

1.4 Alte motive

Argumentul asigurării libertăţii individuale a cântărit cel mai greu în decizia legalizării avortului. În asemenea dezbateri, s-a pornit de la principiul că persoana umană are valoare maximă, care transcende toate consideraţiile morale şi economice. Pornind de la acest reper, motivele sociale (numărul copiilor, educaţia acestora, pericolul pentru continuarea cuplului, violenţa fizică în familie) sau motivele economice (micşorarea bugetului familiei) îşi pierd din însemnătate.

Multe dezbateri pe tema avortului se concentrează asupra riscurilor handicapului şi ale malformaţiilor. În spatele motivelor umanitare, ca şi ale celor

7 Seaudeau, Jacques (Mons.), „Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est" în *Congresul internaţional „Familia şi viaţa la începutul unui mileniu creştin"*, Bucureşti, 2002, p. 304

socio-economice, se află camuflate convingeri, care ţin de ideologia „purificării rasei". Acest tip de motivaţie devine tot mai frecvent, pe măsură ce metodele de diagnostic prenatal se extind. În special, se impune diagnosticul genetic. Asocierea avortului cu acest curent de opinie impune găsirea unor noi soluţii medicale, sociale şi de mentalitate pentru problema handicapului. Conform principiului subsidiarităţii, prezenţa malformaţiilor sau a handicapului solicită prezenţa şi ajutorul cât mai multor actori din partea societăţii.

Autorizarea avortului provocat nu s-a dovedit a fi o soluţie pentru limitarea avorturilor ilegale. Ba mai mult, atitudinea protectoare, creată de legi şi mentalităţi, a stimulat o industrie înfloritoare.8 În multe ţări, această industrie este sprijinită chiar prin legi specifice.

Sub diverse motivaţii, avortul este legal în 193 de ţări. Diferenţele legislaţiei permisive sunt date fie de religie, fie de nivelul de dezvoltare al zonei. Conform statisticilor OMS (1999), ţările cu cele mai mari rate ale avortului în Europa (număr de avorturi la 1000 de naşteri vii) au fost: Rusia – 1695,66, Ucraina – 1204,51, România – 1107,79 şi Bulgaria – 1001,26.9

Cea mai grea situaţie se întâlneşte în spaţiul fostelor ţări comuniste. Cu excepţia Poloniei, unde avortul a fost interzis (1993), după 1990, în toate aceste ţări numărul avorturilor este mult mai mare decât în ţările occidentale. Raportul Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, publicat în anul 2000, a arătat că în Rusia şi ţările Europei Centrale şi de Est, care au aproape 10% din populaţia lumii, se efectuează cam o treime din totalul avorturilor la nivel mondial.

2. LEGISLAŢIA AVORTULUI ÎN ROMÂNIA

În România tradiţională, avortul a fost ţinut sub control, atât prin presiunea mentalităţilor, dominate de influenţa Bisericii Ortodoxe, cât şi cu ajutorul legilor. Cu toate acestea, evoluţia reglementărilor referitoare la avort „se înscrie în mişcarea universală de emancipare a femeii".10

În epoca medievală, femeia avea un rol distinct, fiind distribuit prin prisma normelor universului familiei. Această poziţie a femeii se regăseşte şi în Codul Calimachi (1817) şi Codul Caragea (1818). Primele prevederi referitoare la avort le introduce „Codul Penal din 1 mai 1865. În articolul 246 (modificat prin legea din 17 februarie 1874) se stipula: «oricare, prin lucruri de mâncare, băuturi, doctorii violente sau prin orice alt mijloc s-ar face, cu ştiinţă, pe femeia însărcinată să lepede, ori cu voia ei ori nu, se va pedepsi»".11 Pe lângă femeie, mai erau pedepsiţi medicii, chirurgii, ofiţerii de sănătate, spiţerii şi moaşele.

---

8 *Ibidem,* p. 308
9 WHO/Europe, HFA Database, January 2002
10 Scripcaru, Gh. *et al., op.cit.*, 1998, p. 109
11 Ibidem

Codul Penal din 1937 pedepsea (prin articolul 482) „delictul de avort, indiferent dacă era săvârşit cu sau fără consimţământul femeii însărcinate." Erau exceptate câteva cazuri: cele autorizate din partea parchetului, „în urma cererii medicului pentru a înlătura un pericol iminent, ameninţând viaţa femeii", când sarcina agrava o boală existentă şi punea viaţa femeii în pericol, neexistând o altă posibilitate de a-l înlătura şi când unul dintre părinţi „era atins de alienaţie mintală şi pericolul trecerii unei asemenea tare la copil era o certitudine" (art. 484).12

Codul penal din 1948 (republicat), în articolul 482, definea avortul ca fiind „delictul comis de acela care, prin orice mijloace, provoacă întreruperea cursului normal al sarcinii. Se făcea distincţie, de asemenea, între „avortul comis fără consimţământul femeii" (pedepsit cu închisoare corecţională de la două la cinci luni), „avortul comis de însăşi femeia însărcinată, necăsătorită, sau care a consimţit ca altcineva să i-l provoace" (închisoare corecţională de la trei la şase luni) şi cel comis sau consimţit de femeia căsătorită (închisoare corecţională de la şase luni la un an). Nu se pedepseau avorturile avizate de medic, în condiţiile prevăzute în Codul penal din 1937.13

Acest regim restrictiv s-a păstrat până în 1957. Decretul 463 (Buletinul oficial nr. 26, 1957) modifică prevederile din Codul penal 1937 şi Codul penal 1948, prevăzând pedepsirea avortului doar când acesta este efectuat în afara instituţiilor medico-sanitare, sau dacă era efectuat în aceste instituţii, dar de către o persoană fără calificare medicală de specialitate.14

Decretul 463 a legiferat de fapt avortul la cerere. Întreruperile de sarcină se efectuau la cererea femeii, iar intervenţia chirurgicală trebuia să aibă loc numai în instituţii medico-sanitare de stat. Codul Penal a fost modificat în acelaşi an, aliniindu-se la orientarea proavort. Articolul 482 preciza că întreruperile de sarcină, efectuate în afara instituţiilor medicale sau sanitare ori de către o persoană care nu are calificarea necesară, erau sancţionate. Costul avortului era relativ mic, aproximativ 2 dolari la cursul vremii. Liberalizarea avortului din 1957 a fost o măsură cu caracter politic. Majoritatea ţărilor din lagărul comunist adoptaseră o asemenea legislaţie (1956), după modelul sovietic. Uniunea Sovietică a reintrodus avortul liber, în 1955, după o perioadă de interdicţie de aproape 20 de ani (1936-1955).

Legalizarea avortului în România a condus la scăderea semnificativă a populaţiei. La 1 octombrie 1966, Consiliul de Stat a emis Decretul 770 (completat prin Legea 6 din 1973), prin care a fost reintrodus regimul restrictiv. România, în felul acesta, a devenit o excepţie în sistemul statelor comuniste. Totuşi, avortul era permis în câteva situaţii, când sarcina punea viaţa femeii în pericol, stare care nu putea fi înlăturat prin alt mijloc, când unul din părinţi suferă de o boală gravă, care

12 *Ibidem*
13 *Ibidem*
14 *Ibidem*

se transmite ereditar sau care determină malformaţii congenitale, când femeia însărcinată prezenta invalidităţi grave fizice, psihice sau senzoriale, când femeia a crescut 4 copii pe care îi avea în îngrijire şi când sarcina era urmarea unui viol sau a unui incest.

Primul decret din seria celor antiavort a fost uşor modificat în 1973 (Decretul 53). În 1974 (prin „Instrucţiunile pentru aplicarea Decretului 770/1966 pentru reglementarea cursului sarcinii"), au fost adăugate vechiului act normativ (1966) încă 25 de articole. În 1985, a fost operată ultima schimbare (Decretul 111).15

Schimbările politice bruşte de la sfârşitul anului 1989, au avut ca efect imediat, sub imperativul libertăţii individuale, revenirea la legislaţia permisivă. În favoarea acestei măsuri proavort au cântărit mult insuccesele politicilor demografice anterioare. Nu s-a putut ţine seama de faptul că schimbările legislative, făcute în perioada 1966-1989, au avut doar un caracter propagandist.

Atitudinea statului comunist, de a urmări şi controla societatea la toate nivelele, a conferit o notă politică, la nivelul imaginii publice, şi legislaţiei antiavort. Intervenţiile statului comunist la nivelul familiei nu au fost dublate de măsuri sociale şi economice. În acelaşi timp, ideologia materialismului istoric a subminat valorile tradiţiei, clădite pe fundamentele Bisericii Ortodoxe. Statutul persoanei umane a fost grav afectat, în comunism, omului fiindu-i rezervat doar rolul de simplu individ al unei mase de manevră.

Decretul - Lege nr. 1 din 26 decembrie 1989 a reintrodus avortul la cerere, în primele trei luni de sarcină. Această lege, impusă mai mult politic, asigură în continuare cadrul legislativ al acestui domeniu. Avortul tardiv, după trei luni, poate fi efectuat atunci când apare „starea de necesitate" sau când unul dintre părinţi suferă de o boală gravă, care se transmite ereditar sau poate conduce la malformaţii congenitale grave. Decretul prevede şi două excepţii, incestul şi violul.

Aceste norme se regăsesc şi în Codul Penal, refăcut în 1996. Avortul poate fi practicat şi în cazul sarcinii de peste 12 săptămâni, caz în care „întreruperea cursului sarcinii e necesară pentru a salva viaţa, sănătatea şi integritatea corporală a femeii însărcinate de la un pericol grav şi iminent, care nu poate fi înlăturat altfel" şi „întreruperea cursului sarcinii se impune din motive terapeutice, potrivit dispoziţiilor legale".

Autorităţile recunosc că nu pot ţine sub control avortul. Practica avortului ilegal – argumentul de bază al susţinătorilor avortului - continuă, realitate confirmată de rata înaltă a mortalităţii materne prin avort. Numărul avorturilor se menţine la un nivel foarte ridicat (1156,5 cazuri la mia de naşteri vii) fiind, conform OMS, de 254.855 de avorturi (2001).16 Sporul natural negativ se amplifică. În ultimii zece ani, populaţia României a scăzut cu 1,1 milioane de locuitori, ajungând la nivelul

15 Kligman, Gail, *Politica duplicităţii*, Bucureşti, Humanitas, 2000, p. 61-79
16 Site-ul Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii: http://www.hfa.db.who.dk

anului 1977.17 Sociologii susțin că golul demografic masiv se va resimți începând cu anul 2005.

17 Raportul Institutului Național de Statistică, iunie 2003, în ziarul „Adevărul", 20 iunie 2003

EŞECUL POLITICILOR DEMOGRAFICE COMUNISTE

1. Legislația avortului

În perioada comunistă, România s-a dovedit a fi un caz aparte, în spațiul țărilor-satelit ale URSS-ului. La începutul anilor ’60, au început să fie vizibile eforturile liderilor comuniști de la București de a lua distanță față de Moscova. Adoptarea unei legislații restrictive, în legătură cu avortul, poate fi înțeleasă mai degrabă ca făcând parte din această strategie, decât ca o măsură justă în apărarea dreptului la viață al persoanei umane. În 1957, avortul fusese liberalizat, după model sovietic. Abia în această măsură se pot distinge intențiile reale ale regimului comunist, care a intervenit cu violență, ocultând mentalitățile unei lumi creştine aşezate. Avortul la cerere fusese reintrodus în URSS în 1955, iar în celelalte state din spatele cortinei de fier, în 1956. În 1966, la un an de la instalare, noul lider al PCR, Nicolae Ceauşescu, prin Decretul 770 din 1 octombrie 1966, lege care individualizează situația din România, avortul putea fi practicat în câteva cazuri de excepție: 1) sarcina punea viața femeii în pericol, stare ce nu putea fi înlăturată prin alt mijloc; 2) unul din părinți suferea de o boală gravă care se transmite ereditar sau care determină malformații congenitale; 3) femeia însărcinată prezenta grave invalidități fizice, fiziologice, psihice sau senzoriale; 4) femeia avea vârsta de peste 45 de ani; 5) femeia a crescut 4 copii pe care îi avea în întreținere; 6) şi sarcina era urmarea unui viol sau a unui incest.

Această poziție a României a trecut neobservată în Occident, unde problema liberalizării avorturilor era pusă tot mai insistent în acea perioadă. De altfel, un an mai târziu, în 1967, Marea Britanie a deschis seria țărilor euopene care au legiferat avortul la cerere.

De fapt, numeroasele legi, decrete şi alte acte normative, care au fost date în perioada 1966-1989, nu au urmărit scopul declarat de a acorda familiei şi omului un statut în conformitate cu valorile umane. Statul autoritar a încercat mereu o restructurare a societății, urmărind, prin nenumărate legi, edificarea noii ordini sociale şi economice. În felul acesta, statul a pătruns tot mai mult în perimetrul familiei, influențând relațiile interumane la nivel familial şi social. Prin strategia schimbărilor radicale s-a urmărit distrugerea instituțiilor tradiționale şi înlăturarea normelor şi valorilor sistemului social anterior. Noua ideologie marxist-leninistă a impus, până la urmă, noi valori la nivelul familiei.

Valorile tradiționale, impregnate de cultura creştină, deveniseră pentru liderii comunişti un adevărat reziduu, ce se cerea înlăturat. De aceea familia, în statul comunist românesc, a devenit ținta schimbărilor strategice, considerându-se că nucleul şi mediul său, care păstrau formulele familiei tradiționale, conservau relațiile burgheze. Încet-încet, intervențiile statului au avut succes, familia nu a mai fost cimentată de valorile tradiționale şi creştine, ci de sentimente noi, cerute de adaptarea la sistemul comunist, ale aşa-zisei datorii sociale, care de fapt îi subordonau pe cetățeni partidului, națiunii. Statul însuşi trebuia să fie perceput ca o mare familie, unită prin conceptul de identitate ideologică, unde omul îşi pierdea calitățile de persoană umană, devenind un „om nou", de fapt un individ înglobat într-o masă de manevră.

După 1948, statul comunist s-a angajat în mari proiecte industriale. Succesele din economie au asigurat, în felul lor, legitimitatea regimului comunist. Necesitatea sporirii forței de muncă a impus schimbări şi la nivelul politicii demografice. Pe de altă parte, industrializarea intensivă a dus la sporirea mobilității sociale şi geografice. Acest fapt a avut, până la urmă, o influență negativă asupra evoluției natalității. Din păcate, măsurile restrictive în legătură cu avortul nu s-au bucurat de susținere din partea populației pentru că au avut de la început o motivație politică evidentă.

Pe plan intern, statul intervenționist şi-a justificat politic schimbările radicale inițiate la toate nivelele societății. Toate relațiile interumane, în spiritul determinismului materialist, au căpătat aspect juridic. Or, regimul comunist nu a avut susținerea populației chiar de la început. Pe lângă motivațiile politice de ordin intern, noua legislație în domeniul avortului indica o distanțare a României față de URSS. În viziunea noului lider, Nicolae Ceauşescu, instalat în fruntea PCR în 1965, aceste măsuri întăreau poziția geostrategică a României, consolidând autodeterminarea politică în sistemul comunist internațional.

La sfârşitul anilor '50, între stat şi societate au apărut tensiuni evidente. Această distanțare de realitate, a făcut ca legile şi normele impuse de statul intervenționist să capete un caracter tot mai formal. Planificarea socialistă a luat în calcul toate compartimentele societății. Până la urmă, majoritatea acțiunilor cu încărcătură ideologică au eşuat. Programul alimentației raționale, prin care se urmărea asigurarea unui regim de viață sănătos şi echilibrat, fiecărui cetățean, constituie un asemenea exemplu.1 În felul acesta, toate ideile nobile, regăsite la nivelul legislației sau cel al propagandei, au creat, încet-încet, o rezistență la nivelul populației.

1 Actele normative principale care, până în 1989, au reglementat acordarea diferitor forme de sprijin financiar, acordate familiei cu copii şi minorilor: Decretul 190 din 27 iunie 1970; Regimul protecției anumitor categorii de minori („Buletinul oficial" nr.28/1970); Legea 10 din 23 noiembrie 1972; Decretul 197/1977; Legea 1 din 8 iulie 1977; Legea 3 din 6 iulie 1978; Codul Muncii, 1978 („Buletinul oficial" nr.140, 1978); Legea 3 din 26 martie 1979; Decretul 65 din 17 februarie 1982; Organizarea activității creşelor şi grădinițelor („Buletinul oficial" nr.20, 1982); Decretul 410/1985 al Consiliului de Stat, publicat în „Buletinul oficial" nr.76, 1985

Violența mijloacelor de punere în practică a unor asemenea idei i-a obligat pe oameni să-şi asume o continuă stare de scepticism. Până la urmă, din nefericire, legislația restrictivă în domeniul avortului, în acest cadru politic opresiv, nu a avut finalitatea scontată.

2. Statutul femeii

Statul comunist a căutat, încă de la începutul instalării sale, înfruntând principiile unei societăți profund religioase, să „aşeze pe noi baze" relațiile dintre bărbat şi femeie. În perioada interbelică, acestea funcționau după modelul tradițional. Şi bărbatul, şi femeia aveau roluri distincte. Bărbatul asigura sursele materiale, iar femeia, creşterea şi educarea copiilor. Industrializarea, inițiată în mod agresiv în anii '50, cerea tot mai multă mână de lucru. În mod determinist, urmând acest scop precis, statul a inițiat măsuri pentru schimbarea statutului femeii, mergând pe principiul lărgirii bazei de procurare a forței de muncă.

Egalitatea de şanse sau despovărarea de prea multele obligații nu au fost decât sloganuri, care, în mod oportunist, veneau în prelungirea ideologiei feministe, renăscute, în anii '60 în Occident. Scopul evident, neprecizat în mod deschis, a fost atragerea femeii în zona muncii salariate. Astfel, a fost elaborat un întreg edificiu legislativ, prin care, doar la modul declarativ, trebuia pusă în practică aducerea femeii la acelaşi statut social cu bărbatul. Egalitatea dintre femeie şi bărbat, care, în spiritul determinismului vremii, viza o evaluare a cantităților decât a calităților, a fost formulată, pentru prima dată, în Constituția din 1952. Această prevedere a fost dezvoltată şi în noul Cod al Familiei, promulgat în 1953.

Concomitent cu aceste modificări, şi programele partidului comunist au trasat noi priorități politice şi economice. Cererea sporită de forță de muncă, determinată de industrializarea socialistă, a inclus schimbări în ierarhia rolurilor îndeplinite de bărbat şi femeie. Femeia era obligată din ce în ce mai mult să-şi asume rolul de salariată, în dauna celui de mamă, ceea ce a condus la diminuarea importanței copiilor şi a educației lor în sânul familiei. Aceste schimbări nu erau specifice numai României, ci întregului bloc comunist. Trebuie remarcat şi faptul că linia impusă de URSS urma îndeaproape unele schimbări din Occident. La începutul anilor '60, opiniile privind „liberalizarea sexului" au fost fundamentele pentru noile orientări ideologice din Vest. Pe acest fundal, ideile feminismului deveneau tot mai pregnante. De aceea conceptul egalității femeii cu bărbatul, promovat în România, poate fi asimilat cursului larg al ascensiunii feminismului pe plan internațional.

Deşi statul autoritarist a promovat politici în favoarea femeii, intervențiile sale fiind nerealiste, au avut până la urmă efecte nescontate. Egalitarismul, dirijat politic, a condus de fapt la împovărarea femeii. Ca să camufleze realitatea, propaganda a impus câteva mituri în societatea comunistă. Literatura vremii a evidențiat rolul femeii de mamă, de soție şi de creator de bunuri, din care primele două au fost diminuate fără cruțare pentru potențarea celui din urmă, care constituia un principiu

fundamental al viabilității comunismului. Ideea promovării femeii a ascuns totdeauna în spate intenția de a suplimenta resursele forței de muncă. Conceptul de egalitate a condus la diminuarea atât a statutului femeii, cât şi al bărbatului. Diferențele dintre sexe trebuiau să dispară, astfel încât oamenii să nu aibă decât calitatea de membru de partid şi de cetățean.

Noul statut al femeii, atât cât s-a impus, a condus de fapt la amplificarea tensiunilor din plan social. A existat continuu o contradicție dinte rolul de mamă şi cel de „om al muncii". Aceste tensiuni au fost recunoscute în mod oficial în 1978, la Conferința Națională a PCR.2 Abia atunci s-a pus problema găsirii mijloacelor care să uşureze muncile multiple ale femeii. A fost lansată astfel ideea construirii centrelor de îngrijire a copiilor şi, pentru prima dată, s-a cerut dezvoltarea unei industrii de aparate de uz casnic şi de producere a semipreparatelor alimentare. Toate aceste măsuri, formulate mai întâi la nivelul programelor politice, au fost puse cât de cât în practică după perioada „integrării" în muncă forțată, la începutul anilor '70. Astfel numărul femeilor salariate în industrie a crescut mereu.3

Atragerea în spațiul public îi aducea femeii doar în mod aparent avantaje. Egalitatea cu bărbatul a dus la suprasolicitarea ei. În acelaşi timp, „noul statut" a atras diminuarea poziției sale în societate, fapt ce se distinge chiar din pozițiile ierarhice inferioare, care i se rezervau. „În spațiul public, al muncii, a funcționat segregația orizontală şi alocarea pozițiilor de conducere şi de decizie, deci celor de putere, mai bine plătite, mai avantajoase şi mai mobile bărbaților. Femeilor le erau asigurate locuri de muncă în conformitate cu viziunea tradițională a *self*-ului relațional al femeii. Această viziune a dus la feminizarea serviciilor. În spațiul public, legat de politic, femeia era subreprezentată şi ocupa poziții ierarhice inferioare bărbaților, cu toate notele de optimism prezente în discursul public".4 Echitatea socialistă nu funcționa decât în aparență, femeile trebuiau să facă față, pe de o parte, eforturilor profesionale, care erau din ce în ce mai mari, iar pe de altă parte, sarcinilor lor fireşti de mame, soții şi gospodine.

3. Sprijinul statului

Conceptul egalității genurilor, care presupunea privilegii noi pentru femeie şi politici familiale noi, în țările din Europa Centrală şi de Est, aflate sub influența URSS-ului, a fost exagerat şi glorificat de organizațiile feministe occidentale.5

Schimbările de la nivelul familiei au fost sprijinite, începând cu 1954, de măsuri de creşterea asistenței financiare pentru familie şi copii. Acestea însă nu au fost

2 Kligman, Gail, *Politica duplicității. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, Bucureşti, Humanitas, p. 151
3 Liiceanu, Aurora, „Privat- public în viața femeilor în România. O perspectivă istorică", p.2, dactilogramă
4 *Ibidem*, p.2
5 *Ibidem*, p.2

niciodată pe măsura realității, astfel încât să conducă la diminuarea tensiunilor sociale.

Statul promitea o gamă variată de beneficii pentru susținerea femeilor şi copiilor. Exista un sistem de alocații financiare acordate familiilor cu mai mulți copii sau în care doar unul din soți era angajat. Soțiile celor care îşi satisfăceau stagiul militar obligatoriu primeau sume acordate fie obligatoriu, fie suplimentar față de alocațiile pentru copii. Femeilor care năşteau li se acordau îndemnizații sau prime pe toată durata vieții, indiferent de venit. Alocațiile pentru copii, în cazul când aceştia urmau o formă de învățământ, erau prelungite până la absolvire, dar nu peste vârsta de 25 de ani. Pentru fiecare naştere, după primul copil, femeile primeau o primă de naştere. Alte măsuri vizau protejarea viitoarelor mame. Codul Muncii prevedea o serie întreagă de norme pentru asigurarea protecției familiilor salariate cu copii. Statul garanta concedii de maternitate plătite, în perioade pre- şi post-natale. După terminarea concediului, femeile puteau să lucreze cu program redus. Cele gravide şi mamele cu copii mici primeau îngrijiri medicale speciale iar cele care munciseră 25 de ani şi care născuseră cel puțin 3 copii puteau ieşi mai devreme la pensie, adică mai devreme de 55 de ani (vârsta minimă era de 50 de ani).

În aparență, statul acorda prin intermediul femeilor un sprijin substanțial familiilor. Beneficiile, însă, erau neînsemnate. Cuantumul alocațiilor şi al salariilor specifice au fost păstrate la acelaşi nivel pe parcursul întregii perioade 1977-1987. Statisticile reale, date publicității după 1989, au arătat că populația a resimțit scăderea puterii de cumpărare, creşterea inflației şi degradarea traiului zilnic.6 Beneficiile acordate de stat pentru copil nu acopereau decât 20% din costurile directe ale îngrijirii lui.7 Este adevărat că la veniturile obținute în mod oficial ar trebui incluse resursele dobândite de schimburile de bunuri între locuitorii de la oraş şi cei de la țară. De asemenea, trebuie luate în calcul şi activitățile economice secundare ale familiilor, stare care s-a perpetuat şi după 1990.

Începând cu 1984, ca să-şi plătească datoriile externe, statul comunist a impus pe plan intern o politică de austeritate extremă. Planificarea socialistă lua în calcul toate compartimentele societății, inclusiv familia şi fiecare persoană în parte. Fiecărui cetățean îi era alocată o rație lunară de alimente: 1,5 kg carne prelucrată, 1-½ kg orez, 10 ouă, 1 kg de brânză, 1 pachet de unt, 1,5 kg zahăr şi 0,5 litri de ulei (în mediul rural) sau un litru de ulei (la oraş). Rații uşor îmbunătățite erau rezervate femeilor gravide.8

Începând cu anii ’80, aproape toată populația României era subnutrită. Lipsa hranei pentru femeile gravide a dus la un mare număr de naşteri premature (în 1989, 73% din totalul naşterilor erau naşteri premature). Mortalitatea infantilă avea una dinte cele mai mari rate la nivel european (33,1 la mia de naşteri). Distrofia,

6 Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 86
7 *Ibidem,* p. 86
8 *Ibidem*, p. 153

determinată de o proastă nutriție și de o dezvoltare musculară inadecvată, constituia una din cauzele majore ale mortalității infantile. Numărul mare de copii (0-1 an) morți a fost asociat de specialişti cu malnutriția maternă.9

Costurile vieții în ansamblul societății au variat mult, fiind determinate de condiții specifice. Şi nevoile pe persoană erau diferite, fiind în strânsă legătură cu nivelul educațional și cultural. Un factor ignorat de statisticile oficiale era costul educației unui copil. Cu toate că învățământul era gratuit, familiile care aveau copii la liceu erau împovărate cu cheltuieli suplimentare. Aceste cheltuieli se amplificau în cazul învățământului superior. În societatea comunistă, educația şi învățământul ofereau o cale de acces la poziții sociale importante. De aceea familiile făceau mari cheltuieli pentru a oferi copiilor asemenea condiții. Accesul la pozițiile superioare ale ierarhiei sociale depindea de titlurile academice obținute sau de capitalul politic. Începând cu anii '70, după o perioadă în care în aparatul politic şi administrativ nu se punea accent pe nivelul educației, accesul la capitalul politic presupunea un grad ridicat de educație. Nivelul educației devenise criteriu de bază al ascensiunii sociale. Numărul copiilor înscrişi în grădinițe, şcoli primare şi gimnaziale a crescut constant, începând cu 1966, până la începutul anilor '80. În aceeaşi proporție a crescut şi numărul învățătorilor şi profesorilor. Până în 1982, serviciile pentru îngrijirea copiilor în creşe şi grădinițe au fost gratuite, după care s-a trecut la programe de autoconducere şi „autogospodărire", sistem care funcționa la nivelul întregii economii. Părinții, până la urmă, trebuiau să asigure o parte din costuri. În aceste condiții, numărul copiilor care frecventau grădinițele a scăzut constant, iar calitatea serviciilor asigurată de creşe şi grădinițe s-a deteriorat continuu. După 1985, calitatea lor a scăzut dramatic. Îngrijirea şi supravegherea copiilor revenind în mare măsură familiilor, s-au amplificat cheltuielile părinților. Bunicii, pentru că asigurau asemenea „servicii", au devenit foarte apreciați în familiile cu copii. Multe familii, ai căror capi proveneau din mediul rural, îşi lăsau copiii la țară. Aceşti copii nu se mutau la oraş decât atunci când urmau să intre la şcoală. Pensionarii, în ultimii ani ai regimului comunist, se ocupau mai ales cu aprovizionarea cu alimentele necesare traiului zilnic, ei fiind cei care formau, în principal, cozile de la magazine.

Acest lucru poate fi privit şi ca un fapt pozitiv, căci a impus o prezență mai mare şi mai activă a bunicilor în familiile tinere. În felul acesta, mentalitățile specifice familiei tradiționale au supraviețuit, iar educația în familie s-a întețit, devenind mai bogată prin aport afectiv şi moral.

Începând cu anii '80, învățământul a devenit mai puțin riguros şi performant.10 Funcționarea sistemului din învățământ crea probleme atât copiilor, cât şi părinților. La nivelul populației se crease o stare de nemulțumire legată de serviciile prestate de şcoală. De aceea, pentru a face față rigorilor examenelor (admitere în liceu, treaptă, admitere în facultate), familiile cheltuiau suplimentar mari sume de bani. Procesul

9 *Ibidem,* p. 152
10 *Ibidem*, p. 88

educației s-a deplasat tot mai mult spre zona familiei, care, ca toate entitățile şi structurile specifice unei societăți normale, a supraviețuit în afara politicii oficiale, manifestând chiar rezistență la practicile puterii discreționare.

4. Instituționalizarea copiilor

Instituționalizarea copiilor este o consecință a politicii paternaliste a statului autoritarist şi a slăbirii autorității părinților.11 Mulți copii au fost luați din sânul familiei şi internați în instituții speciale. Situația reală a acestui fenomen nu a fost cunoscută până în 1990. Instituțiile specializate în acest sens la sfârşitul anilor '80 nu mai puteau face față situației, fiind mai mulți copii decât paturi. În acelaşi timp, a crescut de la an la an numărul mamelor care îşi abandonau copiii în spitale, copii care, în majoritate, ajungeau în instituțiile statului.

La începutul anilor '80, a devenit o practică frecventă abandonarea copiilor în stradă, situație care nu a fost cunoscută decât după 1990. Statisticile arată că există în medie 5.000 de copii, care stau pe străzi, în piețe sau în gări, la nivel național, şi aproape 1.500, în Bucureşti.12 Copiii străzii reprezintă o consecință directă a politicilor din perioada comunistă, fiind un efect al destrămării familiilor. Pe lângă copiii fără adăpost – copiii străzii – după 1989, a apărut şi o categorie impresionantă de vagabonzi de ocazie. Aceştia muncesc pe stradă, ca să-şi obțină minimele venituri. Cei mai mulți dintre ei cerşesc, spală parbrizele autoturismelor, sau, foarte puțini, practică activități de cărăuşie a coletelor, bagajelor etc. Copiii străzii, care în majoritate provin din minoritatea rromă, prin activitățile lor, contribuie substanțial la creşterea delincvenței juvenile. O parte dintre ei se droghează inhalând substanțe volatile halucinogene.13 Oficialii comunişti au trecut cu vederea acest fenomen. Multe femei, care şi-au abandonat copiii în stradă, şi-au justificat gestul prin invocarea lipsei resurselor materiale. După 1990, o parte dintre aceşti copii au fost adoptați de familii de străini.

Instituțiile, în care ajungeau copii abandonați, înainte de 1990, erau diverse. Unele asigurau adăpost pe termen lung orfanilor, altele, din aceeaşi categorie, erau destinate orfanilor sociali, copiilor handicapați sau celor predați de bunăvoie de familiile nevoiaşe. Cei care şi-au abandonat copiii au invocat mereu lipsa resurselor financiare, necesare traiului normal şi educației copiilor. Minorii abandonați se aflau sub îngrijirea mai multor instituții, patronate de Ministerul Sănătății, Ministerul Învățământului şi Ministerul Muncii. Ei erau repartizați în aceste locuri în funcție de vârstă, de starea fizică sau mentală.

---

11 Această idee a fost dezvoltată, cu multe argumente, la Tecliu, Valentina, *Vina de a fi copilul străzii*, Bucureşti, Editura Oscar Print, 1998
12 Kligman, Gail, *op.cit.*, p.256
13 *Ibidem*

Cei de la 1 la 3 ani se aflau în aria Ministerului Sănătății. Marea majoritate a acestora fuseseră abandonați la naştere. De multe ori, în spiritul manipulatoriu al vremii, foarte mulți copii, care fuseseră abandonați din motive sociale, apăreau în acte drept „cazuri medicale".

Cei considerați „normali", cu vârsta cuprinsă în intervalul 3-18 ani, erau transferați în casele de copii patronate de Ministerul Învățământului şi de cel al Muncii. Copiii, diagnosticați cu diferite handicapuri, erau internați în instituții speciale. Cazurile cu deficiențe mintale sau grave handicapuri fizice, în care copiii nu putea fi „folositori", trebuiau, în viziunea determinist-materialistă, ținuți separat. Ideologia vremii făcea o netă deosebire între oamenii „productivi" şi oamenii neproductivi. Marea majoritate a celor suferinzi sau cu handicap erau „uitați" în aceste instituții, condamnați, într-un fel, la moarte. O parte dintre cei cu handicap fizic şi mintal erau repartizați mai degrabă Ministerului Muncii decât celui al Sănătății sau Învățământului. Statul urmărea dinadins să-i aducă, printr-o educație sumară, la statutul de cetățeni productivi. Ministerul Muncii nu avea de fapt specialişti pentru a se ocupa serios de aceşti copii cu handicap, dintre care mulți ar fi putut fi recuperați cu adevărat. Programele terapeutice sau de recuperare nu puteau fi aplicate în aceste instituții, cărora le lipsea total căldura umană.

După 1990, foarte multe societăți şi fundații din străinătate au oferit sprijin material şi uman copiilor instituționalizați. Au fost renovate şi igienizate clădirile şi au fost aplicate programe de pregătire şi îngrijire în mod profesionist. Începând cu 1991, au apărut primele măsuri legislative în sprijinul oamenilor cu handicap (Legea 53/1991 şi 57/1992). În martie 1993, a fost înființată prima instituție care se ocupa de activitățile pentru protecția copilului, Comitetul Național pentru Protecția Copilului (CNPC). Acest organism a elaborat Planul Național de Acțiune în Favoarea Copilului, în decembrie 1995, document care trasa principalele linii ale politicii de îngrijire şi protecție a copilului. În februarie 1997, a fost înființat Departamentul pentru Protecția Copilului (DPC), prin reorganizarea CNPC şi a Comitetului Român pentru Adopții (CRA).

Marea majoritate a copiilor instituționalizați, arată un studiu făcut în 1991, au fost internați din motive medicale.14 Ei proveneau din familii de rromi, din cele cu mai mulți copii şi sărace sau din cele cu un nivel scăzut de educație. Un număr însemnat fuseseră abandonați de femei necăsătorite. De asemenea, au fost instituționalizați foarte mulți copii cu handicap, fiind numiți în limbaj popular „copii întârziați". În 1993, exista chiar în statisticile oficiale o cifră record – 158.078 copii instituționalizați.15 Situația lor s-a ameliorat cu întârziere. Abia după 2000 numărul lor a scăzut. Guvernul a aplicat mai multe programe, prin care, conform datelor oficiale, marea majoritate a acestor copii au fost fie reintegrați în familiile din care proveneau, fie au fost dați spre îngrijire asistenților maternali.

---

14 *Ibidem*, p. 247
15 *Ibidem*

În anul 2002, potrivit, potrivit datelor recensământului realizat de Institutul Național de Statistici, un număr de 49.484 de copii nu au familii naturale şi trăiesc în 940 de instituții de tip rezidențial.16 Două treimi dintre aceştia se aflau în centre de plasament iar restul erau internați în diferite instituții sanitare (pentru copii cu handicap, sau în centre speciale cu regim familial). Aproximativ jumătate din copiii instituționalizați au vârste cuprinse între 12-17 ani (cei mai mulți fiind băieți – 55%), iar 85% dintre ei frecventează o instituție şcolară.

O altă consecință a politicilor demografice comuniste a fost fenomenul adopțiilor internaționale. După 1990, foarte mulți părinți şi-au „vândut" pur şi simplu copiii unor familii din Occident. E vie în continuare tendința de-a încredința copii mai ales străinilor. Se poate citi, în felul cum a evoluat acest fenomen, deprinderea oamenilor, accentuată de practicile comuniste, de a renunța la responsabilitățile fireşti, de a diminua valoarea copiilor şi a vieții afective. Modelul omului filantropic se restrânge şi se amplifică cel axat pe egocentrism şi mizantropie. Din păcate, această stare s-a extins şi cu aportul multor fundații străine, care au investit efort uman şi financiar, mai ales pentru a mări numărul adopțiilor internaționale. Multe din aceste organizații, sprijinite de altele din țară, provin din țări cu un standard înalt de viață şi cu un număr mare de familii, ce solicită copii spre adopție. În România, adopțiile internaționale, în anumite perioade fără un cadru juridic riguros, s-au transformat din activități filantropice în afaceri profitabile. În decursul anului 1990, familiile româneşti au adoptat doar un număr de 1741 de copii, cifră echivalentă cu cea a adopțiilor internaționale în doar 3 luni (august, septembrie şi octombrie) ale aceluiaşi an.17

În România tradițională existase obişnuința ca, în anumite situații, îngrijirea copiilor să fie făcută de către alte persoane decât părinții biologici. Din 1990, această tendință s-a transformat într-o mentalitate care stigmatizează societatea românească. Pentru familiile sărace sau familiile de rromi, aceasta s-a dovedit a fi o cale de a asigura resurse financiare pentru îmbrăcăminte, hrană, repararea locuințelor. În cele mai multe cazuri, tatăl şi-a manifestat dreptul patriarhal de a-şi îndemna soția să-şi vândă copilul. Cei mai mulți consideră că prin adopție internațională le este asigurată copiilor şansa de a ajunge în familii străine bogate.

Profesorul Andrew Bainham, specialist în dreptul familiei, la Universitatea Cambridge, Marea Britanie, după un turneu în România (2003), în timpul căruia s-a întâlnit cu oameni politici, avocați, asistenți sociali şi ziarişti, a declarat că autoritățile româneşti încurajează adopțiile internaționale, în loc să le restricționeze. El crede că opinia publică ezită să ia o atitudine față de acest „export de copii", care deja „a devenit o afacere".18 „Orice stat care apără drepturile copilului trebuie să aloce un număr mare de resurse pentru a păstra copiii în familiile lor şi să-i protejeze

16 Ziarele „Curentul" şi „Jurnalul național", 3 iunie 2003
17 Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 248
18 Ziarul „Evenimentul Zilei", 1 iulie 2003

în mediul familial. Copiii nu pot fi daţi în grija altcuiva, decât dacă acest lucru nu poate fi evitat". Profesorul britanic a mai semnalat faptul că legislaţia românească continuă să fie deficitară la acest capitol. Într-un articol amplu, publicat în ziarul britanic „Financial Times", în octombrie 2003, se precizează că, în România, există în continuare un sistem corupt de adopţie a copiilor instituţionalizaţi.19 Phelim McAleer, corespondentul acestei publicaţii la Bucureşti, care redactează o carte despre adopţiile ilegale, susţine că funcţionează „o piaţă comercială", specializată în vânzarea copiilor.

În octombrie 2001, printr-o ordonanţă de urgenţă, guvernul a stopat adopţiile internaţionale, arătând că, la acea dată, acestea „se transformase într-o piaţă internaţională prin Internet de aproape 100 de milioane de dolari". Secretarul de stat, responsabil de această problemă, Şerban Mihăilescu, a precizat că, „în principiu, existau 20 de copii pentru fiecare cerere, făcându-se un fel de licitaţie".20 Moratoriul a fost valabil mai întâi până la 8 octombrie 2002, după care a fost prelungit până în momentul în care Parlamentul va adopta un pachet de legi, care să asigur protecţia copilului.

5. Degradarea stării de sănătate

La sfârşitul anilor '50, pentru prima dată în istoria României, a fost creat un sistem naţional de sănătate. Sistemul, la toate nivelurile sale (al familiei, al femeii, al nou-născutului etc.), a fost creat pornind de la principiul planificării socialiste. Totuşi, în anii care au urmat, au fost înregistrate rezultate incontestabile. Oamenii au devenit mai atenţi la problemele sănătăţii iar, pe calea educaţiei sexuale, la cele ale procreaţiei.

Toate aceste progrese, pe termen lung, nu şi-au făcut efectele. Ele au fost anihilate de deteriorarea condiţiilor de viaţă, la sfârşitul anilor '80, când au fost aplicate politici agresive de austeritate. Statul, decis să achite datoria externă printr-o creştere excesivă a exportului, a raţionalizat alimentele de bază şi a limitat furnizarea căldurii şi a electricităţii. Specialiştii în demografie, chiar cei ai regimului, au observat o legătură strânsă între vremurile austere şi scăderea numărului naşterilor. În acelaşi timp a continuat degradarea morală a familiei, fapt care a diminuat importanţa copiilor în societate. În aceeaşi perioadă s-a intensificat politizarea practicilor medicale. Colaborarea dintre medicină şi politică a urmat raţionamente determinist-ştiinţifice ale ideologiei. Bolile au constituit o modalitate de exercitare a intervenţiei statului, care încerca să controleze tot mai mult societatea. Politizarea activităţilor medicale a condus şi la diminuarea calităţii acestor sarcini.

19 Ziarul „Cotidianul", 21 octombrie 2003

20 Ziarul „Ziua", 17 aprilie 2003

Condiţiile grele din spitale au dus la declanşarea unei epidemii de SIDA la sfârşitul anilor ’80. Primul caz a fost raportat în 1985, însă informaţiile despre ravagiile acestei boli au fost ţinute în secret. În 1988, Ministerul Sănătăţii a publicat un studiul amplu asupra patogenezei şi diagnosticării acestei maladii noi. „Indicaţiile de partid” au accentuat manipularea informaţiilor. Astfel, prin raportul din 1988, li s-a indicat medicilor să nu facă referiri în certificatele medicale despre infecţiile cu HIV.21

Starea de haos indusă de măsurile politice a amplificat fenomenul infectărilor cu HIV. Epidemia a fost determinată de sângele netestat folosit în transfuzii. Pentru a combate mortalitatea infantilă, în anii ’80, în spitale a fost introdusă recomandarea de-a folosi injecţiile cu antibiotice, care se făceau cu seringi utilizate de mai multe ori. Sterilizarea nu era bine controlată, în condiţiile în care nu existau seringi de unică folosinţă.

În 1989, Ministerul Sănătăţii a realizat primul studiu, urmărind incidenţa la această infecţie a copiilor din orfelinate. Au fost testaţi 12000 de copii, descoperindu-se un număr de 1.300 de infecţii cu HIV, ceea ce însemna 10,7% din totalul copiilor aflaţi în orfelinate.22

Cea mai cunoscută cale de îmbolnăvire a fost cea a microtransfuziilor. Copiii bolnavi de mai multe ori erau trataţi prin microtransfuzii de sânge repetate. În felul acesta, ei primeau un plus de proteine, hemoglobină şi anticorpi, urmărindu-se întărirea sistemului imunitar şi stare de nutriţie. Starea de haos din sistemul de sănătate şi precaritatea dotărilor din spitale au făcut ca foarte mulţi copii să se îmbolnăvească de SIDA. La sfârşitul anului 1990, când au fost făcute publice primele date, existau 1094 copii, cu vârste între 0 şi 12 luni, bolnavi de SIDA.23 Situaţia nu a fost cunoscută la dimensiunile ei reale nici în mediul medical românesc. Epidemia SIDA, în viziunea multor medici români, era limitată doar la categoria copiilor mici. Centrul European de Supraveghere Epidemiologică pentru SIDA a anunţat, la 30 septembrie 1992, existenţa unui număr de 3 577 de copii cu SIDA în Europa, din care 1948 se aflau în România. Un an mai târziu, în statisticile Ministerului Sănătăţii, figurau un număr de 2 545 de copii infectaţi, mult mai mare decât cel al adulţilor (1169), aflaţi în această situaţie.24 Epidemia de HIV/SIDA a început să se calmeze începând cu anul 1994, după mari eforturi depuse de autorităţile româneşti, care au beneficiat continuu de sprijinul comunităţii internaţionale.

După 1990, numărul de îmbolnăviri HIV/SIDA a crescut şi la adulţi. Au apărut tot mai multe infecţii pe cale heterosexuală şi prin folosirea seringilor în comun, în

21 Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 240
22 Consfătuirea Caritas cu tema „HIV/SIDA”, Cluj-Napoca, Caritas International, 1991, p. 2
23 Kligman, Gail, *op.cit.*, p. 241
24 Pleşca, Doina, *Infecţia HIV la copii*, Bucureşti, Editura Amaltea, 1998, p. 15-17

cazul narcomanilor. Numărul total de sugari, copii şi adulţi cu infecţie HIV/SIDA, existent în rapoartele oficiale, la 1 ianuarie 2001, era de 9.763.25

Societatea comunistă a avut multe dezechilibre încă de la naştere. Ideologia şi propaganda partidului au venit mereu în contradicţie cu realitatea şi cu tradiţia. În felul acesta, propaganda a accentuat şi mai mult aceste dezechilibre structurale. Oferta ideologică a crescut, pe măsură ce viaţa economică s-a degradat. Nevoile traiului de subzistenţă au fost asigurate doar pe cale artificială, din rezerva ideologică. Involuţiile de la nivelul economiei au fost contrabalansate de o dezvoltare inflaţionistă a producţiei propagandistice. Totdeauna regimul a fost mai bogat în intenţii şi mai sărăcăcios la capitolul realizări.

25 *Strategia Guvernului privind sănătatea femeii, copilului şi familiei pentru perioada 2002-2006*, în „Relansarea reformei în domeniul sănătăţii. Strategii naţionale în domeniul sănătăţii", Snagov, 5 decembrie 2001

PROBLEMELE FAMILIEI ROMÂNEŞTI

1. Tendințe în lumea contemporană

Ca în majoritatea țărilor creştine, codurile familiei în România sunt în bună parte influențate, „sau chiar originate în Vechiul sau Noul Testament".1 Regulile privind convieţuirea dintre soți, încheierea căsătoriei, raporturile dintre părinți şi copii din codurile civile sunt identice cu cele din morala creştină. În multe țări, în perioada contemporană, a început laicizarea vieții familiale, ceea ce a dus la îndepărtarea acesteia de reglementările Bisericii. În România, efectele laicizării sunt mai puțin evidente decât în culturile occidentale. Renunțarea la ideologia materialismului istoric, impusă înainte de 1989, a avut drept consecință firească revenirea populației la valorile religiei creştine. „Dacă judecăm după indicatori statistici, aproape toate familiile din România, întemeiate printr-o căsătorie civilă, sunt consolidate şi printr-o căsătorie religioasă. Că acest lucru este făcut dintr-o credință profundă, sau pentru respectarea ritualică a unor norme sociale, este foarte greu de afirmat. Sunt cercetări aproape imposibile – nu poți şti ce este comportament efectiv, ce este credință profundă şi ce este doar o mimare a unui comportament colectiv. În majoritatea cazurilor, însă, comportamentele prenupțiale şi cele familiale nu contravin regulilor religioase generale. Adulterul sau prostul tratament aplicat copilului sunt reprimate şi de legile laice, şi de biserică. Şi majoritatea cuplurilor, deşi au mai multă permisivitate, mai multă libertate, se supun normelor de identitate conjugală şi de reprimare, cel puțin simbolică, a unor comportamente deviante, cum ar fi adulterul", apreciază sociologul Ioan Mihăiescu, specialist în probleme de familie.2

În contemporaneitate, sociologii au căutat să înțeleagă abruptele transformări din viața modernă, care au condus la schimbări fundamentale în structura şi funcțiile familiei. S-a spus, în multe astfel de studii, că industrializarea, urbanizarea şi migrația au impus familiei dimensiuni din ce în ce mai mici, pentru a deveni mai mobilă şi a face față noilor cerințe. 3

Familiile din lumea rurală au fost împinse mereu spre oraş, fapt care a produs un sentiment adânc de dezrădăcinare în rândul celor aflați în miezul acestor transformări. Sentimentul dezrădăcinării a determinat consecințe grave asupra

1 Mihăilescu, Ioan, interviu, Dosar Provita Media, nr. 9-10, aprilie 2003, http://www.provita.ro
2 *Ibidem*
3 Toffler, Alvin, *Al treilea val*, Bucureşti, Editura Politică, 1983

omului. Trăind un sentiment acut de frustrare, el a devenit mai vulnerabil la bolile psihice şi îi este tot mai propriu sentimentul insecurităţii şi al devianţei. Ritmul rapid al vieţii din oraşe a determinat apariţia stresului de suprasolicitare şi de alienare spirituală. Omul a devenit din ce în ce mai depersonalizat.

O dată cu prăbuşirea valorilor tradiţionale, a scăzut şi importanţa familiei. În aceste condiţii au apărut noi forme de viaţă familială şi de căsătorie. Au devenit tot mai frecvente cuplurile fără copii sau „familiile monoparentale", persoanele celibatare, persoanele divorţate şi a crescut frecvenţa concubinajului.

În paralel cu înmulţirea numărului familiilor cu un singur părinte, este tot mai evident pericolul delincvenţei. Pe acest fond, al existenţei unor criterii sociale tot mai relaxate şi a unei toleranţe crescute, viaţa sexuală începe tot mai devreme, iar numărul căsătoriilor scade. Se extinde celibatul, creşte numărul de divorţuri, de concubinaje, iar căsătoria de probă devine o obişnuinţă. O parte din funcţiile tradiţionale ale familiei, mai ales cele de protecţie, sunt preluate de instituţii noi, cum ar fi creşele, grădiniţele sau azilurile pentru bătrâni.

Transformările intervenite în societatea modernă au fărâmiţat structura familiei tradiţionale.4 Au apărut, în primul rând, relaţii noi între familie şi societate, relaţii determinate de scăderea importanţei funcţiei economice la nivelul familiei. Structurile restrânse au permis oamenilor o mobilitate crescută, cerinţă impusă de urbanizare şi industrializare.

Familia şi-a redus din importanţă, mai ales după instaurarea laicizării. Modelul tradiţional intră astfel în desuetudine. Funcţia socială a femeii creşte. Cu cât este mai prezentă în activităţi din afara familiei, cu atât tinde să devină egală cu bărbatul. Participă mai intens la viaţa socială şi politică, îşi măreşte gradul de profesionalizare şi şcolarizare. În relaţia bărbat-femeie se impune tot mai mult ideea independenţei economice. Toate aceste tendinţe au fost duse la extrem, fiind falsificate de mişcările feministe, care au intrat într-o fază violentă, începând cu anii '60.

Transformările din sânul familiei duc la o diminuare a relaţiilor de rudenie şi vecinătate. Relaţia dintre familie şi societate este din ce în ce mai deschisă, astfel încât membrii ei sunt mai preocupaţi de problemele societăţii, de situaţia economică, de calitatea vieţii şi de crizele economice. În acelaşi timp, creşte toleranţa la noile comportamente demografice.

Aceste modificări sunt prezente mai ales la nivelul tinerilor. Viaţa sexuală începe tot mai devreme, iar experienţa „premaritală" se extinde. Tinerii acceptă uşor coabitări prelungite, înainte de căsătorie. În asemenea condiţii, conceptul de control al naşterilor se fixează uşor în practica obişnuită. Cazurile de celibat nu mai sunt privite ca o excepţie. Toate acestea au loc pe fondul unei creşteri a permisivităţii şi toleranţei părinţilor faţă de copii.

Procesul de laicizare a desacralizat familia, iar rolurile şi poziţiile în sânul ei se reaşează. Oamenii sunt din ce în ce mai determinaţi de latura emoţional-afectivă a

4 Mihăilescu, Ioan, *Sociologie generală*, Bucureşti, Editura Universităţii Bucureşti, 2000, p. 210-219

relațiilor interumane. Devin din ce în ce mai mult prizonierii unor proiecte concepute pe ideea măririi calității vieții, în sensul creşterii confortului mai ales. În acelaşi timp, scade importanța familiei întemeiată pe actul căsătoriei. Prind rădăcini, în felul acesta, noi mentalități, care evidențiază toleranța socială crescută. Se impun tot mai uşor normele care reglementează cuplurile consensuale. Aceste norme au deja o acceptare generală. Emanciparea femeii se produce în acelaşi timp cu o acceptare socială mai largă a relațiilor extraconjugale. Şi acest fapt ne arată că feminismul nu poate fi bine înțeles, dacă nu sunt luate în calcul consecințele lui nefaste.

În familia modernă scade importanța copiilor. Actul de procreație devine un act de reproducere, iar naşterea copiilor este guvernată de o viziune materialistă, centrată pe conceptul „controlului", aidoma cu cea promovată de statele comuniste.

În sistemul „familiei nucleare", cu dimensiuni reduse, neliniştile schimbărilor se resimt mai uşor. În felul acesta, creşte pericolul instabilității. Această stare conduce la creşterea numărului de divorțuri, la scăderea numărului de căsătorii şi la diminuarea importanței copiilor. Intrată în acest ritm, societatea se arată tot mai deschisă la noile mentalități, ceea ce face ca şi legislația în acest domeniu să se modifice, ceea ce conduce până la urmă la instituționalizarea noilor orientări.

2. Evoluția familiei româneşti în secolul XX

Lumea românească s-a modificat mai greu în modernitate, iar evoluția ei poartă amprenta schimbărilor petrecute în zona Europei Centrale şi de Sud-Est. Procesul de modernizare, cu tot cortegiul schimbărilor sociale, a devenit mai evident în perioada interbelică şi s-a accentuat după cel de-al doilea război mondial.

Până la începutul secolului XX, România a fost o țară eminamente rurală. În 1831, în Țara Românească şi Moldova, doar un procent redus de populație (6,5%) locuia la oraş.5 Urbanismul s-a instalat mai bine, în câteva locuri, abia după primul război mondial. Populația puținelor oraşe a crescut mai ales după prima jumătate a secolului XIX. În perioada interbelică, gradul de urbanitate a sporit, dar într-un ritm cu multe sincope. Procesul înnoirii a fost în mod direct determinat de realitatea economică, aflată în vădit progres, şi de evenimentele istorice globale, între care cele două războaie au avut o importanță capitală. Populația oraşelor a crescut mai ales prin migrație, fenomen ce a influențat cu predilecție oraşele mici. Între oraşele mari şi celelalte, au existat totdeauna decalaje foarte mari la toate capitolele.

Industrializarea agresivă, resimțită mai ales după 1948, a accentuat fenomenul de urbanizare. Populația de la oraşe a crescut. În perioada 1948-1966, populația urbană a evoluat de la 23,4% la 38,3%. Expansiunea urbană s-a accentuat, după 1966, şi mai ales după reforma administrativă din 1968, când 53 de comune au fost „decretate" oraşe.

---

5 Abraham, Dorel, *Introducere în sociologia urbană,* Bucureşti, Editura Ştiințifică, 1991, p. 205-210

Modificările din planul economiei, inițiate în anii ’50, au determinat începutul tranziției pe plan național de la o societate de tip agrar la una de tip industrial. Industrializarea accelerată a amplificat exodul rural. La toate nivelele societății, după anii ’50, s-au impus noi realități. A crescut gradul de educație și de asistență medicală, prin crearea sistemului național de învățământ și medical. Industrializarea și exodul au determinat o mai mare mobilitate socială și teritorială. În consecință, familia și-a modificat funcția și mărimea.

Familia în comunism a evoluat în mod particular față de cea din Occident. În comunism, omul a suportat numeroase constrângeri, ceea ce l-a determinat să se concentreze, firesc, mai mult asupra familiei și a copiilor. Ca să fie corect înțeleasă realitatea românească, această apreciere ar trebui corelată cu strategiile Partidului Comunist, care a urmărit diminuarea valorilor specifice familiei tradiționale. În spațiul democrațiilor liberale, omul are posibilități crescute de consum și de petrecere a timpului liber. Acest grad mare de libertate socială a creat percepția că legăturile specifice familiei constituie o piedică în calea fericirii membrilor acesteia.

Urbanizarea pe scară largă a deschis seria transformărilor specifice modernității. Un prim efect al înlăturării valorilor tradiționale a fost creșterea ratei divorțurilor, în perioada 1956-1966. Aplicarea unor măsuri restrictive a diminuat această evoluție până în 1973. Ca să-și asigure un control mai bun asupra societății, statul comunist, mergând în răspăr ideologic, și-a asumat, într-o primă fază, chiar ideologia tradițională și unele valori ale Bisericii. Toate aceste disponibilități, prezente în ideologia partidului comunist în perioada 1965-1972, au vizat doar creșterea gradului de manipulare a oamenilor. Evoluția economiei centralizate era dependentă de volumul forței de muncă. Partidul Comunist a încercat mereu să mărească numărul oamenilor în câmpul muncii. Din toate punctele de vedere, acest fapt asigura sistemului o mai mare stabilitate.

Familia tradițională a fost modificată mai ales de schimbările economice. În familia veche românească, în care domneau valorile creștine, rolul și statutul membrilor se modelau după structura economiei arhaice și după structura juridică a proprietății. A existat, spun sociologii, un mod particular de transmitere a proprietății în timp. Aceste particularități au generat un sistem de valori bine ierarhizat. Părinții stăteau pe o treaptă superioară copiilor, situație care se întâlnea în relațiile bătrânilor față de tineri, bărbaților față de femei, fraților mai mari față de frații mai mici. Autoritatea tatălui creștea cu cât familia era mai mare. Ca persoană, tatăl se identifica în totalitate cu familia, sacrificându-se intereselor ei. Bărbatul avea un rol privilegiat și pentru că rolul său în economia arhaică era foarte important. Importanța femeii decurgea direct din importanța acordată actului procreării și a educării copiilor. Criteriile conviețuirii erau trainice, căci, pe lângă potențarea dinspre morala creștină, ele erau întărite și de regimul economiei, care se dovedea mai aspru, resursele ei fiind mai puține.

Copiii aveau un rol important în viața familiei vechi românești. La sfârșitul secolului al XIX-lea, rata natalității era aproape de 40 la mie. Până la sfârșitul

primului război mondial acest parametru a crescut uşor, la 42 la mie. Faptul că rata mortalităţii a scăzut, iar rata natalităţii a crescut a dus la o creştere surprinzătoare a populaţiei. După primul război mondial însă, rata natalităţii a intrat pe un trend descrescător. În 1949, ajunsese la 29,3 la mie. Această situaţie a fost determinată de schimbarea concepţiei despre naştere în rândul populaţiei, în perioada interbelică. La începutul secolului XX, rata fertilităţii totale era de 5,26 copii. În 1950, a ajuns la 3, iar până în 1989, numărul copiilor născuţi, în medie, de o femeie s-a redus cu 50%.6 Statisticile recensământului din 2002 arată că 37% din populaţia fertilă (15-49 ani) nu avea nici un copil, 49% - unul sau doi şi numai 13,2% - trei sau mai mulţi copii.7

În perioada modernă, până în 1957, în România avortul a fost interzis, iar mijloacele de contracepţie nu au fost utilizate. În familia românească tradiţională se foloseau metode contraceptive tradiţionale, mai ales abstinenţa, coitus interruptus, ciclul lunar al femeilor, duşul după actul sexual şi o serie de remedii pe bază de plante.

Familia tradiţională, care s-a dezvoltat în satele româneşti, avea un grad ridicat de sacralitate. Odată cu urbanizarea, a început erodarea acestor valori. Desacralizarea familiei a avut mari repercusiuni asupra oamenilor. Relaţiile dintre bărbat şi femeie s-au modificat, făcând ca, în primul rând, actul de căsătorie să-şi diminueze importanţa. Aceste schimbări dramatice au fost influenţate pe de o parte de ideologia ateistă, iar pe de altă parte de revoluţia sexuală, un fenomen al secolului XX. Schimbările radicale intervenite în înţelegerea sexualităţii s-au impus în acelaşi timp cu revoluţia industrială.

Amândouă aceste evenimente globale au creat o cultură nouă, cu consecinţe nefaste şi asupra familiei româneşti. Omul, supus aşa-zisei „înnoiri", şi-a asumat din ce în ce mai greu responsabilităţile legate de actul sexual şi de întărirea familiei.

Biserica Ortodoxă a avut un rol profund în modelarea mentalităţilor societăţii tradiţionale. Odată cu urbanizarea, accentuată în anii '50, ca efect al industrializării, la care s-au adăugat violenţele comunismului, această lume s-a prăbuşit. Schimbările s-au impus mai uşor în mediul urban. Diminuarea influenţei Bisericii şi a religiei asupra valorilor şi componentelor familiei a fost determinată mai ales de practicile regimului comunist ateu.

3. Noile mentalităţi şi interesul scăzut pentru copii

Valul schimbărilor a fost destul de puternic în perioada comunistă, erodând edificiul familiei tradiţionale. A devenit tot mai prezent aşa-zisul model al familiei nucleare, centrată doar pe cei doi părinţi. Diminuarea relaţiilor de rudenie şi de vecinătate s-a produs o dată cu instalarea noului nou stil de viaţă.

---

6 Kligman, Gail, *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, Bucureşti, Humanitas, 2000, p. 56

7 Ziarul „Adevărul", 20 iunie 2003

Stilul de viaţă al familiei tradiţionale era dominat de ideea autorităţii. Exista o scară de valori bine determinate. Raporturile dintre părinţi şi copii erau relativ rigide, autoritatea fiind reprezentată de părinţi şi de vârstnici. Valorile morale, spirituale sau educaţionale se păstrau prin regulile nescrise. Aceste mentalităţi au fost atât de puternice, încât şi în această ultimă perioadă, când domneşte „modelul nuclear", raporturile dintre membrii ei poartă pecetea celor din familiile de origine.

Stilul de viaţă modern a întors pe dos această structură. Spiritul autorităţii a fost înlocuit cu cel al cooperării şi egalităţii. Au apărut valori noi, care stau la temelia familiei de tip nuclear, iar dintre acestea cele mai importante sunt egalitatea, schimbarea şi comunicarea. Pentru a susţine asemenea valori au fost necesare alte aptitudini: spiritul competitiv, nonconformismul şi însingurarea.8 Sociologii români consideră că familia românească deja nu mai funcţionează după modelul tradiţional. Membrii săi, inclusiv părinţii, îşi urmează doar interesele personale. După normele vechi, spiritul sacrificiului se asocia cu acela al autorităţii. Părinţii activau doar în folosul familiei şi al copiilor. 9

La nivelul relaţiilor economice, care domină ansamblul social, au apărut schimbări mari la capitolul producerii de bunuri şi la cel al administrării bugetului de venituri şi cheltuieli al familiei. Familia nu îşi mai poate asigura existenţa din propria producţie, membrii ei fiind dependenţi de câştigurile din afara gospodăriei.10 S-a schimbat şi felul cum era asigurată pregătirea profesională. Ocupaţiile şi informaţiile din această sferă nu mai sunt transmise prin relaţia părinţi-copii. Foarte mulţi membri ai familiei muncesc în întreprinderi şi servicii sociale. Pe de altă parte, trebuie menţionat că părinţii, în majoritate crescuţi în limitele sistemului comunist, marcat de ateism şi izolare, nu posedă aptitudini şi cunoştinţe, care să asigure o instrucţie corespunzătoare copiilor, ca să-i aşeze bine în contemporaneitate. Mai mult, copiii ies din sfera părinţilor pentru perioade lungi de timp, de la vârste fragede. Nu mai au conştiinţa unor relaţii apropiate, în centrul cărora să existe acţiuni de tip educativ.

Solidaritatea în sânul familiei moderne se diminuează. Oamenii trebuie să facă faţă unei mobilităţi sociale din ce în ce mai mari, condiţie impusă de distanţele lungi dintre locurile de muncă şi reşedinţa familiei. În felul acesta, familia se macină, căci creşte separarea fizică şi afectivă între membrii ei. O dată cu solidaritatea, se deteriorează şi relaţia conjugală. Relaţiile dintre părinţi încep să fie determinate de frământări şi contradicţii. Acestea sunt rodul unui complex mare de factori: emanciparea femeii, schimbarea rolurilor în familie sau preocupări de ordin sexual. Frământările sunt determinate şi de existenţa unor modele culturale diferite la nivelul generaţiilor.

---

8 Mitrofan, Iolanda, „Schimbări şi tendinţe în structura familiei" în revista „Sociologia familiei", nr. 2, 1999

9 Mihăilescu, Ioan, „Politici sociale în domeniul populaţiei şi familiei", în vol. *Politici sociale. Românii în context european*, Bucureşti, Editura Alternative, 1999, p.35

10 Iluţ, Petre, *Familia – cunoaştere şi asistenţă,* Cluj-Napoca, Editura Argonaut, p. 195

Sexualitatea domneşte peste toate funcţiile importante ale familiei. Membrii ei acordă tot mai mult interes „performanţelor“ din acest domeniu. Apar componente noi, ciudate pentru persoanele în vârstă, care evidenţiază dorinţa de a poseda. Funcţia de procreaţie este golită de virtuţi şi responsabilităţi, fiind asumată ca o funcţie de ordin biologic. Scade interesul pentru copii şi importanţa acestora în structura familială. Încet-încet, familia extinsă din perioada interbelică, cu 5-6 copii s-a erodat, s-a împuţinat dramatic, ajungând la o familie cu maximum 2 copii. Studiile, puţine câte sunt, scot în evidenţă faptul că majoritatea femeilor şi a bărbaţilor îşi doresc un copil, maximum doi.11

Caracterul individualist se extinde în structura familiei. Modelul familiei monoparentale, care bântuie în societatea americană, a prins rădăcini în Europa Occidentală şi apoi în Europa Centrală şi de Est. Familiile centrate doar pe mamă sau doar pe tată se înmulţesc în tot spaţiul european. Sociologii americani au scos în evidenţă faptul că cei mai mulţi criminali în statele nord-americane provin din familiile destrămate şi din mediile sărace.12 Ultimul recensământ (2002) arată că 8,5 milioane (40%) de români nu sunt căsătoriţi.

Familia modernă, care funcţionează după principiul individualismului, impune relaţii impersonale între oameni, relaţii care exclud afectivitatea, comuniunea, iubirea. Majoritatea oamenilor îşi justifică „răceala”, considerând că doar pe această cale pot face faţă legăturilor tot mai variate, cu treceri rapide de la o stare la alta şi de la un rol social la altul.13

În absenţa unor valori morale sau chiar în cazul diminuării acestora, se face resimţită tot mai mult o stare de instabilitate, care generează mari traume, care s-au transformat în adevărate fenomene sociale: infidelitatea, alcoolismul, disfuncţiile sexual-afective şi violenţa în familie. Omul, ca individ despovărat moral, nu resimte decât constrângerile socio-economice. Fericirea, ca ideal al oricărei fiinţe umane, este determinată doar de autoafirmare, automulţumire şi autorealizare. Absenţa afecţiunii şi a cadrului moral pune pe gânduri nu numai pe promotorii ideilor pro-vita, ci şi pe cei care susţin practicile abortive: „Meditând asupra evenimentelor sale psihologice, dar şi asupra resurselor ei afective, morale, biologice şi culturale, întru autogenerare, în a face faţă prezentului şi viitorului, familia rămâne pentru fiecare din noi o întrebare la care nu se poate răspunde decât cu iubire.”14

4. Divorţul

11 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999, Raport final, martie 2001*, CDC, ARSPMS, p. 239
12 Parkinson Lisa, *Separarea, divorţul şi familia,* Bucureşti, Editura Alternative, 1993, p. 12-15
13 Mitrofan, Iolanda, *Schimbări şi tendinţe în structura şi funcţiile familiei,* în revista „Sociologie românească“, nr. 5, 1999, p. 477
14 *Ibidem*, p. 480

Sociologii susţin că analiza evoluţiei divorţului poate pune în evidenţă problemele stabilităţii din familie.15 Datele sumare care există pentru perioada 1972-1989 arată o creştere constantă a ratei divorţialităţii în ultimele trei decenii. Totuşi, România, la acest capitol, stă mult mai bine decât ţările occidentale. SUA şi URSS, până la destrămare, au fost ţările cu cele mai multe divorţuri în ultimele decenii.

După al doilea război mondial, pe fondul unei uşoare deteriorări constante, situaţia s-a agravat în perioada 1961-1965. Statul comunist, după 1965, a adoptat câteva reglementări, care vizau protejarea familiei şi limitarea divorţialităţii (Decretul 770 din 1 octombrie 1966 şi Decretul 774 din 1974). Şi până atunci, legislaţia fusese revizuită de câteva ori la acest capitol. În 1948 au fost scoase din Codul Civil câteva articole de bază referitoare la motivele de divorţ. Prin Legea 18 din 1948, divorţul a devenit dependent de justiţie.16 În 1954, Codul Familiei cerea desfacerea căsătoriei doar în cazul decesului uneia dintre părţi, iar decizia legală era dată numai dacă existau motive temeinice.

Legea din 1966 şi-a făcut efectul imediat, căci, un an mai târziu, a fost înregistrat un număr minim de divorţuri. Din 1974, desfacerea căsătoriei putea avea loc numai în cazul în care relaţiile dintre soţ şi soţie erau considerate iremediabil deteriorate. Judecătorii aveau obligaţia de a cântări bine circumstanţele agravante. Situaţia gravă de la începutul anilor ’60 a reapărut în perioada anilor ’80. După 1990, o dată cu schimbările majore din societate, rata divorţialităţii a crescut şi mai mult, fără să atingă însă valorile din ţările din nordul Europei şi SUA.

Sociologii au individualizat câteva cauze ale acestor dezechilibre. În România, numărul de divorţuri a crescut o dată cu accentuarea migraţiilor, mai ales de la sat la oraş, determinate de industrializare, urbanizare şi destrămarea familiei tradiţionale. Schimbările iniţiate la începutul anilor ’50 au impus un set nou de comportamente oamenilor, fapt ce a determinat fărâmiţarea cutumelor tradiţionale. S-a redus, în primul rând, controlul social local asupra oamenilor. O influenţă considerabilă, în acest sens, au avut-o şi schimbările legislative, petrecute după 1990, schimbări care „adaptau” România la Occident.

Dezechilibrele din interiorul familiei, care au deteriorat relaţiile dintre soţi, au apărut în anii ’50, evoluând după aceea în mod agresiv. Astfel, rata divorţialităţii, după cum arată anchetele sociologice ale vremii, a crescut mult în anumite judeţe.

Migraţiile s-au accentuat în perioada industrializării. Fenomenul debutase în perioada interbelică, când societatea românească a fost supusă unui proces amplu de urbanizare. Înainte de cel de-al doilea război mondial, divorţialitatea în mediul urban era aproape de trei ori mai mare decât în mediul rural.17

---

15 Mihăilescu, Ioan, *Familia în societăţile europene,* Bucureşti, Editura Universităţii Bucureşti, 1999, p.104-105

16 Klilgman, Gail, *op.cit.,* p. 61

17 *Ibidem*, p.62

Diferenţele dintre mentalităţile din mediul rural şi cel urban au fost mari totdeauna în România. Familia tradiţională, ale cărei trăsături supravieţuiesc în mare parte în mediul rural, a fost ataşată de căsătorie. Sfărâmarea universului ei este îngreunată de intervenţia rudelor şi chiar a colectivităţii locale. Totuşi, aceste medii de rezistenţă au slăbit în ultimii ani. Tendinţele, prezente de multă vreme în ţările occidentale, se manifestă astăzi şi în zona rurală. Numărul căsătoriilor din mediul rural este mai mic decât în mediul urban, în schimb sunt înregistrate mai puţine divorţuri. Anuarul statistic din anul 2000 arată că ponderea tinerilor din mediul rural, în ansamblul acestei generaţii, este de 45%. De altfel, populaţia tânără a scăzut atât în mediul rural, cât şi în mediul urban. Diferenţele existente între cele două medii ţin de gradul de mobilitate teritorială. Cercetările Institutului de Sociologie al Academiei Române evidenţiază faptul că 90% din populaţia care migrează pleacă din zona rurală.18

O dată cu accentuarea migraţiei, în anii ’60-’70, determinată de industrializarea masivă, controlul social al comportamentelor specifice omului integrat în familie s-a redus. Actul căsătoriei, dintr-un eveniment social, a devenit unul personal. Tinerii au acceptat uşor noile mentalităţi, care au creat o disponibilitate mărită la divorţ.

Cele mai mari influenţe asupra stabilităţii familiei o au factorii din interiorul ei. De exemplu, divorţul apare mai rar la cuplurile unde soţul este mai în vârstă cu 1-10 ani. Situaţia se schimbă brusc atunci când diferenţele de vârstă sunt mai mari. În acelaşi timp, divorţul este perceput diferit în funcţie de profesiile de bază ale partenerilor. Agricultorii acceptă mai greu o asemenea soluţie. Rezistenţele cele mai mari la divorţ le manifestă însă pătura intelectualilor. Dacă cei care locuiesc în mediul rural, atunci când sunt puşi în faţa unor asemenea dileme, resimt controlul social puternic al comunităţii lor, intelectualii percep desfacerea căsătoriei ca având multe implicaţii negative sau nedorite la nivel individual şi, mai ales, la nivel social. Cuplurile de muncitori, pentru care un rol important îl au conflictele generate de lipsa de afecţiune şi de infidelitate, sunt cele mai vulnerabile la divorţ.

Prezenţa copiilor constituie un important factor care împiedică divorţul. De asemenea, divorţul survine mai greu în familiile care au o vechime de peste 20 de ani, iar sănătatea soţilor constituie mai degrabă un factor de frânare decât de favorizare. În faţa instanţelor, conform anchetelor sociologilor, bărbaţii sunt consideraţi vinovaţi îndeosebi de violenţă şi alcoolism, iar femeile de concubinaj şi relaţii extraconjugale.

Schimbările din comportamentul oamenilor s-au accentuat după 1990, explicate prin reducerea constrângerilor de tip social şi creşterea constrângerilor de tip material.19 „Schimbările de tip legislativ, precum modificările legii privind avortul şi divorţul, involuţia economiei, ce a generat fenomene precum sărăcirea şi şomajul,

18 Buburuzan, Leon, (coord.), *Starea tineretului din România,* Bucureşti, Centrul de Studii şi Cercetări pentru Probleme de Tineret, 2001, p. 70

19 Berevoescu, Irina, „Schimbări în familia românească – o lectură a datelor demografice din perioada de după 1990”, în revista „Dilema”, nr. 363, februarie 2000

sau transformările sociale, mai cu seamă accesibilitatea sporită la informație, modele culturale externe sau companiile de promovare a planificării familiale, au determinat schimbări fundamentale în comportamentul demografic al populației".20 Numărul căsătoriilor a scăzut, în 1999, cu 5,3 mii, iar rata nupțialității a ajuns la 6,2 căsătorii la mia de locuitori, în 2000, față de la 6,5, în 1998.21 În același timp, vârsta medie la prima căsătorie a crescut de la 22,1 ani în 1992, la 23,2 ani în 1998, pentru femei, și pentru bărbați, de la 25,2 ani în 1992, la 26,4 în 1998. Rata maximă a divorțurilor a fost atinsă în 1998, când a avut valoarea de 1,78 divorțuri la 1000 de locuitori (39.985).

Pe acest fond, și natalitatea a scăzut abrupt. De la 13,6 copii, în 1990, la 10,5 copii la mia de locuitori în 1999.22 Totuși, România încă nu se află printre țările europene care au atins un prag de criză, adică sub 10 nou-născuți la mia de locuitori. De asemenea nici numărul divorțurilor și cel al căsătoriilor (6,5 căsătorii la mia de locuitori în 1998) nu se ridică la nivelul țărilor cu risc ridicat.

Noile mentalități au creat cadrul apariției formelor alternative la căsătoria legalizată: cuplurile consensuale sau uniunile libere, în cadrul cărora bărbatul și femeia au o relație stabilă, locuiesc împreună, fără a fi căsătoriți oficial. Din 1993, ponderea acestor cupluri se află în creștere, de la 4,4% în 1993, la 10% în 1999, la femei cu vârste cuprinse între 15 și 44 de ani. Cele mai multe astfel de situații se întâlneau la femeile cu vârste cuprinse între 20 și 24 de ani, în 1999.23 În 2002, după datele recensământului, un număr de 828.000 de persoane au declarat că trăiesc în „uniune consensuală" sau concubinaj. Aproape jumătate din acestea trăiesc la țară și cu vârste cuprinse între 20-34 de ani.24

Sociologii susțin că divorțialitatea determină în mod direct scăderea numărului de nașteri și are o influență deosebită asupra natalității.25 Chiar dacă divorțul nu mai are consecințele economice sau sociale asupra omului, așa cum se manifestau în perioada interbelică, totuși acest eveniment le provoacă românilor puternice tulburări emoționale. Din cercetările psiho-medicale reiese că stresul provocat de un divorț este similar cu cel determinat de un cutremur de pământ.

Consecințe dintre cele mai negative se înregistrează asupra copiilor. Absența unuia dintre părinți, mai ales a tatălui, naște în familiile românești efecte negative asupra socializării copiilor. Numărul mare de copii ai străzii este o consecință directă a creșterii numărului de divorțuri în România. Toate aceste neliniști pot fi atenuate dacă autoritățile ar aplica măsuri care să ducă la creșterea stabilității familiei. Cercetările sociologice arată că ar trebui să fie promovate modelele stabile în

20 *Ibidem*
21 Institutul Național de Statistică, iunie 2000
22 Berevoescu, Irina, *op.cit.*
23 *Ibidem*
24 Ziarul „Adevărul", 20 iunie 2003
25 Mihăilescu, Ioan, *Familia în societățile europene,* București, Editura Universității București, 1999, p.104-105

familie, ar trebui intensificate relaţiile de bună vecinătate şi amplificată viaţa societăţilor locale. De asemenea, se simte nevoia pregătirii tinerilor pentru viaţa de familie, printr-o consiliere premaritală. Multe căsătorii din România se desfac din cauza şocurilor culturale dintre soţi. Autorităţile trebuie să-şi intensifice sprijinul acordat familiilor aflate în situaţii conflictuale, iar soţii trebuie să cunoască mai bine consecinţele divorţului.

5. Sărăcia

România îndeplineşte toate condiţiile de a fi considerată o ţară săracă. Există destule blocaje, mai ales la nivelul economiei, care-i pun pe oameni în imposibilitatea de a-şi produce veniturile necesare unui trai decent. În ansamblul economiei, care este lipsită de performanţe, se manifestă mari dezechilibre pe piaţa internă, iar previziunile în privinţa evoluţiei şomajului sunt tot mai sumbre. Oamenii par deja a fi adaptaţi unei stări cronice de sărăcie, care presupune un stil de viaţă neadaptat la condiţiile moderne de viaţă şi muncă. Mulţi oameni, aflaţi în asemenea imposibilităţi, devin dependenţi de alcool, iar în rândul tinerilor consumul de droguri ia amploare. Din punct de vedere profesional, oamenii au o calificare redusă, iar pentru tinerii calificaţi piaţa muncii nu oferă mari oportunităţi.26 Sărăcia a generat unele stări specifice, de ordin psihologic. Oamenii manifestă un profund sentiment de demoralizare şi resemnare, lipsă de speranţă, lipsă de capacităţi şi lipsă de voinţă de a ieşi din această situaţie. În faţa unor asemenea situaţii, omul trebuie să dovedească o mai mare tărie morală. El trebuie să-şi asume sau să-şi recapete viziunea creştină asupra vieţii.

În ţările occidentale, sărăcia afectează un segment restrâns din populaţie, însă, în România, gradul ridicat de sărăcie tinde să se generalizeze sub toate aspectele. În Raportul Băncii Mondiale din 1994, un procent de 22% din populaţie se afla în această stare. În anul 2000, după Barometrul de opinie publică al Fundaţiei pentru o Societate Deschisă (mai 2000), 41% dintre oameni susţineau că „veniturile nu le ajung nici pentru strictul necesar".

Acest fenomen a evoluat în două valuri. O primă etapă a început în 1991 şi s-a încheiat în 1993, iar a doua s-a produs în perioada 1997-1999. Atunci au fost atinse cele mai ridicate rate ale sărăciei. După datele oferite de unele instituţii internaţionale, cum sunt Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD), UNESCO sau UNICEF, toate grupurile sociale sunt afectate de lipsuri materiale. Familiile şi-au împuţinat resursele mai ales când membrii ei şi-au pierdut locurile de muncă sau când au fost lipsiţi de locuinţă. În aceeaşi situaţie, au ajuns şi cei cu boli cronice şi dependenţii de alcool şi droguri. Banii s-au redus în cazurile în care au fost făcute cheltuieli mari cu medicamentele şi în cazurile de divorţ sau de părăsire a familiei.

---

26 Zamfir, Cătălin (coord.), *Dimensiuni ale sărăciei,* Bucureşti, Editura Expert, 1995

6. Starea de sănătate

După 1989, ca în toate ţările foste comuniste din aria fostei Uniuni Sovietice şi din blocul ţărilor din Europa Centrală şi de Est, în România, starea de sănătate s-a degradat. Speranţa de viaţă a scăzut foarte mult. Creşterea mortalităţii este pusă de specialişti în strânsă legătură cu intensificarea comportamentelor dăunătoare sănătăţii. În această ipostază se află mai ales bărbaţii. Cei mai mulţi români mor din cauza bolilor cardio-vasculare, situaţie întâlnită mai în toate ţările din vecinătatea României, foste comuniste. Mortalitatea crescută în mod alarmant atestă faptul că sistemul de sănătate s-a deteriorat foarte mult. El nu mai poate furniza servicii preventive şi de tratament adecvate. În cazul bolilor cardio-vasculare, în România, nu există programe de screening al hipertensiunii sau, dacă există, sunt de slabă calitate. De asemenea, monitorizarea lipseşte, serviciile de urgenţă sunt slab dezvoltate, iar accesul la medicaţia potrivită este limitat.

Starea de sănătate a femeilor din România rămâne în continuare proastă. O mulţime de factori contribuie la această situaţie. Cea mai frecventă boală întâlnită la femeile de vârstă fertilă este anemia. Aproape o femeie din două suferă de o anume deficienţă. Anemia este determinată de carenţa de fier. Aceste dezechilibre constituie o consecinţă a unei diete dezechilibrate, cu un consum inadecvat al alimentelor. De asemenea, situaţia a fost impusă şi de consumul mare de produse care nu sunt de origine animală, care au un conţinut mic de fier. Lipsa fierului se resimte la femei mai ales în timpul sarcinii sau când alăptează. Atunci, o mare cantitate de fier este transferată de la mamă la făt.27

O altă problemă de sănătate, întâlnită la femei, o constitie infecţia tractului urinar. Cu aceeaşi frecvenţă, o femeie din patru, se întâlneşte boala inflamatorie pelviană. Cauzele acestor infecţii sunt variate. Ele se amplifică o dată cu vârsta şi sunt foarte mult determinate şi de numărul avorturilor. De asemenea, o importanţă în acest sens o are numărul de parteneri sexuali din timpul vieţii. Astfel, incidenţa lor, conform *Studiului Sănătatea Reproducerii România 1999*, creşte de la 28% la femeile monogame, la 40% la femeile cu cel puţin 3 parteneri sexuali.28 Alte probleme de sănătate, prezente cu o frecvenţă ridicată, sunt: tensiunea arterială, hepatita B, astmul şi diabetul.

6.1 Controlul ginecologic şi mamar

27 *Studiul Sănătatea Reproducerii, România 1999*, Raport final martie 2001, CDC ARSPMS, p. 286
28 *Ibidem,* p. 289

În România, numărul femeilor, care apelează la controale ginecologice de rutină, este încă mic. Examenele medicale implică efectuarea screening-ului de rutină, implicit screening-ul pentru cancerul de col uterin şi de sân. Femeile îşi justifică această atitudine pasivă în diferite moduri. Obstacolele apar pornind de la percepţia scăzută asupra riscurilor neefectuării controalelor. Des invocat este şi minimul disconfort pe care-l implică o asemenea activitate. De asemenea, foarte multe femei manifestă o atitudine fatalistă faţă de cancer şi au o percepţie scăzută a beneficiilor screening-ului. Alte argumente, care justifică acest comportament, ţin de lipsa cunoştinţelor privind problemele de sănătate, de neîncrederea faţă de recomandările medicului, de comunicarea nesatisfăcătoare dintre pacient şi medic şi de factori socio-economici şi geografici. Femeile nu pot concepe controale cu perioadă riguroasă şi pentru că disfuncţionalităţile din sistemul de sănătate sunt mari. Furnizorii de astfel de servicii sunt distribuiţi inadecvat şi deficitar.

În Occident, se recomandă ca femeile să-şi facă un examen ginecologic de rutină în fiecare an. În România, conform SSRR 1999, doar 36% dintre femei au fost examinate în ultimele 12 luni. O asemenea situaţie scoate în evidenţă impactul negativ al screening-ului asupra populaţiei, iar consilierea şi educaţia în problemele de sănătate este deficitară. Una din două femei cu experienţă sexuală a fost la ginecolog în ultimii 3 ani. În această situaţie improprie se află mai ales femeile din mediul rural, tinerele femei care nu au fost căsătorite sau cele cu un nivel educaţional şi socio-economic scăzut. Ca şi cele din etnia rromă, femeile din această categorie au o mare probabilitate de a nu fi fost niciodată la un control ginecologic preventiv.

6.2 Consumul de tutun

Degradarea stării de sănătate, cu toate consecinţele sale, a fost asociată în România cu unele fenomene specifice, dintre care se evidenţiază creşterea consumului de tutun şi alcool.

Un procent însemnat de oameni în România mor din cauza fumatului. Numărul de fumători a crescut simţitor, ca efect al campaniilor agresive de publicitate făcute de companiile transnaţionale producătoare de tutun. Statisticile arată că tot mai multe femei tinere fumează. Fumatul, pe lângă faptul că determină în mod direct creşterea numărului bolnavilor de cancer pulmonar şi de boli cardio-vasculare, influenţează amplificarea unor riscuri specifice pentru femei. În primul rând, pe această cale, creşte incidenţa cancerului de col uterin. În acelaşi timp, fumatul creşte riscurile asociate consumului de contraceptive hormonale (infarcte, accidente vasculare etc.).

Fumatul s-a dovedit a fi cauza unora dintre cele mai grave maladii. Tutunul, în primul rând, este cunoscut ca un carcinogen uman potenţial. El este asociat multor tipuri de cancer. Cel mai frecvent potenţează cancerul aparatului respirator şi al celui digestiv. Sunt din ce în ce mai dese cazurile de cancer de vezică, col uterin şi rinichi.

Studiile arată că fumatul constituie cauza a 87% din decesele datorate cancerului pulmonar şi 30% din decesele determinate de alte tipuri de cancer. Fumatul are de asemenea un rol important în cazurile de arterioscleroză, adică obturarea vaselor cu colesterol (grăsime). În acest caz, colesterolul constituie un factor major de risc pentru infarct, accident vascular cerebral, tromboze pulmonare şi ale membrelor inferioare. Fumatul contribuie într-o mare măsură şi la creşterea cazurilor de astm, emfizem pulmonar, pneumonie şi osteoporoză.

La femei, el măreşte riscurile unor naşteri dificile. Gravidele care fumează sunt expuse unui risc crescut de a naşte înainte de termen, de a avea un avort spontan, de a da naştere unui făt cu greutate mică sau de a expune nou-născutul la un risc crescut al sindromului de morţii subite.29 De asemenea, este cunoscut faptul că fumătoarele pot avea o menopauză precoce.

Pe fondul unui sistem legislativ deficitar, în ţările din Europa de Est, ca şi în România, s-a dezvoltat foarte mult industria internaţională a tutunului. În aceste condiţii, mari companii internaţionale au desfăşurat campanii promoţionale costisitoare. Această industrie, supusă restricţiei în SUA şi Europa de Vest, a găsit un teren propice în Europa Centrală şi de Est şi în spaţiul fostei URSS. În consecinţă, a crescut numărul femeilor fumătoare din rândul celor aflate la vârsta fertilă. În Cehia, în această situaţie, se află 30% dintre femei, în Rusia - 25%, şi în România - 22%.30

Cea mai mare creştere a consumului de tutun fost semnalată în rândul tinerilor. La nivelul acestei categorii, la femei s-a ajuns la 20% iar la bărbaţi, la 47%. În prezent, politicile de control ale industriei tutunului nu sunt bine puse la punct. Când există reguli impuse, acestea nu sunt aplicate cu fermitate. Restricţii serioase asupra publicităţii şi promovării acestui produs au apărut de curând.

La sfârşitul anului 2002, a intrat în vigoare legea care interzice fumatul în locurile publice. Nu există măsuri ferme, care să conducă la aplicarea acestei legi şi, în final, la păstrarea unui mediu fără tutun şi la limitarea vânzării de ţigări copiilor şi adolescenţilor.

Autorităţile nu sunt conştiente încă de costurile pe care le implică fumatul la nivel social. Anchetele efectuate în SUA sau în ţările occidentale arată că societatea va consuma resurse enorme ca să elimine consecinţele fumatului asupra sănătăţii populaţiei. Un sondaj realizat de *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999* arată că, în 1999, 39% dintre femei au declarat că au fumat în viaţa lor. La bărbaţi, procentul este mult mai ridicat: 72%. Numărul fumătorilor activi este cu puţin sub aceste date. În medie, 30% dintre femei fumează zilnic şi 54% dintre bărbaţi practică fumatul. Aceste date plasează România printre ţările cu cele mai înalte procente de fumători din cadrul ţărilor foste comuniste. Doar Polonia şi Cehia se află înaintea României. Impactul fumatului este diferit. Fumătoarele sunt în număr mult mai mare

29 *Ibidem*, p. 264
30 *Ibidem*

în mediul urban decât în cel rural. O situație nouă, alarmantă, se întâlnește la tineri. Numărul fumătorilor tineri a crescut foarte mult în ultimii ani. S-a mărit, de asemenea, numărul tinerelor fumătoare aflate la vârsta fertilă cu 35%. Studiul Sănătatea Reproducerii în România arată că, în perioada 1993-1999, fumatul la nivelul tinerelor adulte a crescut cu 73%. Schimbări mari s-au produs și la nivelul rural. În această perioadă, în mediul rural, numărul fumătorilor s-a dublat. Conform acestor studii, industria tutunului a identificat drept țintă a campaniilor lor agresive tinerele femei. S-a creat, astfel, imaginea că femeile care fumează sunt privite ca fiind moderne, sofisticate și cu mult succes.

6.3 Consumul de alcool

La nivelul opiniei publice, există părerea potrivit căreia consumul de alcool a crescut în România. Nu există însă statistici despre evoluția consumului de alcool după 1990. Nici în perioada economiei centralizate nu au fost culese informații complete, acestea fiind distorsionate de sistemul birocratic comunist. Trebuie luat în calcul, de asemenea, faptul că, după 1990, statul a înlocuit modul de control asupra vânzărilor. România a fost și rămâne o țară cu veche tradiție în producerea și consumul de vin. Tranziția economică și politică a schimbat consumul, atât la nivelul băuturilor obișnuite (de la vin la bere și lichioruri tari), cât și al celui de alcool (de la consumul ocazional la consumul frecvent și în exces). Numărul băutorilor s-a mărit mai ales la nivelul tinerilor. În aceste condiții a crescut numărul tinerilor implicați în cazuri de comportamente sexuale riscante, de violență sau de probleme școlare. Statisticile Poliției Române arată că episoadele de consum abuziv de alcool sunt strâns corelate cu rănirile grave, în special cele determinate de accidentele de mașină. Abuzul de alcool la femei presupune intensificarea problemelor de sănătate, care afectează fătul sau copiii. Nu se știe încă ce cantitate de alcool produce modificări ale sănătății fătului. Nu se cunosc cantitățile de alcool minimale, pe care mamele le pot bea fără consecințe. Se știe însă că o femeie gravidă, cu cât bea mai mult cu atât este expusă la un risc mărit la anomalii ale noului născut, mai ales la sindromul alcoolic fetal. Chiar și ingerarea unei cantități minime de alcool poate provoca probleme grave unui nou născut. Alarmant este faptul că a scăzut vârsta băutorilor. Aproape 35% din bărbați declară că au consumat alcool înaintea vârstei de 11 ani și o femeie din 4 și 3 bărbați din 4 consumă zilnic alcool, adică sunt băutori frecvenți.31

Cele mai multe consumatoare de alcool locuiesc în București și în zona Moldova (62% și, respectiv, 35%). Un procent mare se întâlnește la femeile de peste 24 de ani și la cele aflate în cuplu sau angajate. Consumul de alcool crește ușor odată cu nivelul educațional și cu nivelul socio-economic. Îngrijorător este faptul că proporția tinerelor femei consumatoare de alcool s-a triplat în perioada 1996-

31 *Ibidem*, p. 272

1999.32 În aceeaşi perioadă, numărul femeilor care beau în mod frecvent a crescut de 10 ori. Mărirea impresionantă a consumului de alcool pare, în aparență, paradoxală, căci puterea de cumpărare a populației a scăzut considerabil. Multele probleme, legate de consumul mare de alcool, au fost determinate mai degrabă de faptul că statul nu mai are controlul pieței alcoolului, începând cu 1990.

32 *Ibidem*, p. 275

1. CONSECINȚELE AVORTULUI

1.1 Pericolele imediate asupra sănătății fizice

Avortul este o opțiune la limită, care implică nemăsurate riscuri. Faptul că rata avorturilor la cerere se menține la un nivel foarte ridicat (date oficiale, care, cum am arătat în capitolul „Problemele avortului" sunt mult sub cele reale: 1104,3 avorturi la mia de născuți vii, în 2000,1 şi, după date mai noi, 1156,5, în 2001)2 arată că efectele nefaste ale avortului continuă să fie încă nesocotite în România. De altfel, şi în practica medicală internațională riscurile procedurilor chirurgicale, pe care le implică avortul, sunt subestimate. Aşa cum observa dr. Warren Hern, „există puține proceduri chirurgicale cărora li se acordă atât de puțină atenție, cărora le sunt subestimate riscurile potențiale, cum i se acordă avortului".3

Un alt amănunt, care indică ignorarea riscurilor avortului, în România, îl constituie mortalitatea maternă cauzată de avort, a cărei rată este mult ridicată comparativ cu țările europene (16,79 de femei moarte la 100.000 de născuți vii, în 2001, după ultimele date ale Organizației Mondiale a Sănătății). În Raportul "12 ani de tranziție: bilanțul sistemului de sănătate ca sector social", prezentat de fostul ministru al Sănătății şi Familiei, Daniela Bartoş, în cadrul Conferinței FOCUS (Elveția, la 5 noiembrie 2002), mortalitatea maternă din toate cauzele era de 6 ori mai mare decât media ratei țărilor Uniunii Europene şi de 3 ori mai mare decât media în țările din Centrul şi Estul Europei (38 femei moarte la 100.000 de naşteri în 2000).4

Riscul avortului creşte odată cu precaritatea tehnicilor chirurgicale folosite. Din datele oferite de Ministerul Sănătății şi Familiei reiese că „nici una dintre cele 261 de maternități existente pe plan național nu se încadrează total în standardele normale de funcționare, fiecare unitate sanitară având nevoie de reabilitare într-un grad mai mare sau mai mic ".5

---

1 *Evoluția principalilor indicatori demografici în România, în perioada 1989-2000*, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, p. 26

2 Conform raportului Organizației Mondiale a Sănătății pe 2001 (http://hfadb.who.dk)

3 *Apud A Way of Life*, p.91

4 *Declarația de presă a Ministerului sănătății şi Familiei*, 5 noiembrie 2002 (http://www.gov.ro)

5 Conform declarației făcute de Mihai Horga, director al Direcției de asistență familială şi socială, în ziarul „Cotidianul", 19 august 2002

Un studiu britanic efectuat pe 6105 femei, în perioada 1976-19796, a scos la iveală factorii importanți, care influențează morbiditatea postabortivă. Riscurile cele mai mari țin de locurile operației și de vârsta sarcinii. Contează foarte mult, de asemenea, vârsta femeii, procedura chirurgicală și „îndemânarea" medicului, tipul anesteziei, preexistența patologiei locale și obiceiul de a fuma al pacientei.

În România, din toate avorturile realizate începând cu 1994, aproape 10% din ele au fost urmate de complicații, dintre care 8% s-au manifestat imediat, iar 2% constituie sechele tardive.7

În literatura de specialitate nu există încă o definire clară a complicațiilor avortului, fapt ce arată nivelul până la care se menține neglijarea acestei probleme. Acest fapt scoate în evidență lipsa de interes general, de la cei responsabili, oameni de știință, medici, până la nivelul cel mai cuprinzător al societății, pentru riscurile potențiale pe care le implică avortul. Specialiștii unui centru pentru controlul bolilor infecțioase au identificat aproape 100 de astfel de complicații. E adevărat, unele dintre ele sunt rare, iar altele nu amenință viața pacientei. În practica internațională însă au fost stabilite în jur de 30 de complicații fizice imediate.8

Autorii *Studiului Sănătatea Reproducerii România 1999* arată că majoritatea complicațiilor precoce, care au fost semnalate la femeile din România, au constat în hemoragii severe și prelungite (60%), dureri pelviene prelungite (59%), infecții pelviene (45%) și febră ridicată (43%). Dintre cauzele identificate, cea mai prezentă a fost perforația uterină (7% din avorturile complicate).9 Studiul nu a putut evalua gravitatea celorlalte complicații precoce (10%), cu excepția perforației uterine.

Totuși, numărul de zile de spitalizare determinate de complicațiile tardive poate fi un criteriu pentru stabilirea gravității complicațiilor. Statisticile arată că, în România, aproape jumătate din complicațiile imediate (44%) au necesitat una sau mai multe zile de spitalizare, iar 14% dintre ele au avut nevoie de un regim special de spitalizare, specific complicațiilor tardive.10 Majoritatea acestor afecțiuni au fost determinate de infecții pelviene și de complicații intrauterine. Un număr destul de mare de femei au rămas cu dureri pelviene cronice (16% dintre avorturile cu complicații tardive) și aproape un caz din șase dintre cele cu complicații tardive a fost urmat de sterilitate secundară.

Studii de specialitate arată că avortul constituie cauza cea mai probabilă a durerilor pelviene acute.11 Durerile pelviene apar mai ales la femeile cu boli

---

6 *A Way of Life*, p. 91

7 Șerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.), *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 78

8 Cates W, Schultz K, Grimes D, *The Risks Associated with Teenage Abortion*, în "New England Journal of Medicine", nr.309(11), 15 septembrie, 1983, p. 612-624

9 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 78

10 *Ibidem*, p. 80

11 Heisterberg, Lars, *Factors Influencing Spontaneous Abortion, Dyspareunia, Dysmenorrhea, and Pelvic Pain*, în "Obstetrics and Gynecology", nr. 81, 1993, p. 594.

inflamatorii postabortive. Această situație este determinată de tehnica chirurgicală folosită şi, mai ales, de experiența medicului care a efectuat operația.

Metoda de chiuretaj implică un risc crescut pentru răni cervicale. Cel mai adesea, acest caz este întâlnit la adolescente. Rănile cervicale influențează în mod negativ viitoarele sarcini. 12

Printre complicațiile majore ale avortului se numără inflamarea trompelor uterine, cauzate de infecții bacteriene şi uter perforat. Pentru femeile infectate cu chlamydia, procedurile chirurgicale de avort sunt foarte periculoase. În România nu există date exacte privind evoluția acestei boli. În orice caz, *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999* arată valori mici ale evoluției acestei boli (0,6%, în 1999), situația arătând aşa „probabil din cauza nivelului foarte scăzut de percepție a acestei boli la nivelul populației generale şi a posibilităților limitate de testare în laborator a acestui tip de infecție în România" 13.

În țările occidentale, această infecție bacteriană transmisă sexual a devenit cea mai comună. Boala se instalează de obicei în zona cervixului şi, neproducând simptome, poate să nu fie sesizată ani de zile. În timpul intervențiilor chirurgicale, prin intermediul instrumentelor, infecția se poate extinde asupra trompelor uterine. Țesutul şi sângele rămase după avort în uter oferă condiții ideale pentru proliferarea microorganismelor. Studii efectuate în Marea Britanie arată că între 10 şi 40% dintre femeile care solicită avort au chlamydia. Dintre acestea, între 10 şi 25% dezvoltă infecții pelviene post-avort.14

Statisticile din România, cu deficiențele pe care le-am sugerat, arată că aproape 40% din totalitatea femeilor consultate au diferite afecțiuni genitale.15 Boala inflamatorie pelviană constituie un capitol de mare actualitate în ginecologie. Aceste inflamații, alături de cancer, determină consecințe nefaste pentru femei. Sechelele lor comune sunt sarcina extrauterină, durerile pelviene cronice şi, în special, sterilitatea. Creşterea frecvenței acestor boli este determinată de recrudescența bolilor sexuale transmisibile, pe primul plan situându-se chlamydia şi gonoreea. Estimările OMS arată o creştere de aproape 10 de ori a numărului de cazuri în România, față de celelalte țări din Europa Centrală şi de Est. 16

Mai puțin luate în seamă, ca factori determinanți în diminuarea capacității de procreare, sunt avortul şi contracepția. Începând cu 1990, în România, avortul a căpătat dimensiuni nemaiîntâlnite oriunde în lume (în 1990, au existat aproape 1.000.000 de avorturi înregistrate în mod oficial, iar în 2000, aproape 250.000). În acelaşi timp, organizații transnaționale au finanțat asiduu programe de promovare a contraceptivelor moderne, într-o societate lipsită total de informații asupra consecințelor nefaste ale contraceptivelor, mai ales ale celor hormonale.

---

12 Cates W. *et al., op.cit.*, p.612-624

13 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 362

14 *A Way of Life*, p. 91

15 Vârtej, Petrache*, Ginecologie*, Bucureşti, Editurile All, p. 282

16 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 362

Bineînțeles că avortul chirurgical constituie cauza principală a infecțiilor postabortive, determinate de cauze multiple (răni cervicale, curățirea neglijentă a uterului etc.), care conduc la instalarea, în timp, a sterilității şi pot provoca naşteri premature sau sarcini ectopice.

Un alt pericol major în cazul avortului îl constituie uterul perforat. Ratele înalte la perforare sunt determinate de utilizarea suplimentară a chiuretei chirurgicale, pentru a finisa avortul. Un studiu realizat în Norvegia arată că incidența uterului perforat apare în proporție de 1,66 la mia de avorturi, realizate de un singur doctor, în cazul sarcinilor de până la 10 săptămâni. Această traumă fizică are o incidență mult mai mare la avorturile efectuate la 15 săptămâni de sarcină (96,8%).17 Specialiştii susțin că detectarea poziției uterului şi a mărimii acestuia imediat după operație conduce la o reducere simțitoare a riscului perforației.18 Laparoscopia şi laparotomia sunt esențiale, dacă la controlul final s-a constatat perforarea uterului. În lipsa laparoscopiei şi laparotomiei există riscul periclitării intestinelor şi apariției unor sechele ce pot pune în pericol chiar viața femeii.

Avortul provocat creşte incidența hipertensiunii. Un studiu efectuat în California (SUA) a arătat că „în comparație cu femeile care au născut, femeile care au avut un avort au un risc mai mare, din punct de vedere statistic, de deces cerebro-vascular (5,46%). Aceasta este o dovadă că avortul provocat creşte incidența de hipertensiune la femei".19

Embolismul lichidului amniotic este o boală catastrofală şi înseamnă o infectare a sângelui mamei cu lichid amniotic din conținutul placentei sau cu fragmente din țesutul fătului. Asemenea cazuri sunt deseori fatale. Boala apare cu o frecvență mai mare în cazul avorturilor tardive (după primul trimestru al sarcinii).20

Multe complicații acute se dezvoltă în cadrul unui avort septic. În cazul unei septicemii, femeile pot suferi sindromul deficienței respiratorii, şocul septic, blocaj renal, embolii. Un avort septic poate sfârşi şi prin decesul femeii.21

1.2 Consecințe pe termen lung

Pe lângă riscurile determinate de avort cu manifestare imediată, există şi multe pericole pe termen lung. În literatura de specialitate, în categoria acestor riscuri, domină cancerul de sân. Specialiştii nu au stabilit încă o legătură directă dintre avort

17 Conger S.B., Tyler Jr., C.W., Pakter, J. A., *Cluster of Uterine Perforations Related to Suction Curettage*, în "Obstetrics and Gynaecology", nr.40(4), octombrie 1972, p. 551-555
18 Moberg, Peter J., *Uterine Perforation in Connection with Vacuum Aspiration for Legal Abortion*, în "International Journal of Gynaecology and Obstetrics", nr. 14, 1976, p.77-80
19 Reardon D *et al*. - *Suicide Deaths Associated with Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of 173,279 Low Income American Women*, în "Clinical Medicine & Health Research", 25 aprilie 2001
20 Lawson *et al.*, *Fatal Pulmonary Embolism during legal indused abortion in the United States from 1972 to 1985* în „American Journal of Obstetrics and Gynaecology", nr. 162, 1990, p. 986
21 Faro, S., Pearlman, M., *Infections and Abortion,* New York, Elsevier, 1992, p. 42

şi această maladie necruțătoare. Pe acest fapt se bazează răspunsurile reprezentanților industriei avortului, atunci când li se cere asumarea consecințelor devastatoare ale avortului.

O legătură între cancerul de sân şi avort a fost precizată, însă, de medici încă de la începutul anilor '60, mai exact în 1957.22 Pornindu-se de la faptul că hormonii produşi în timpul sarcinii au un efect protector, s-a ajuns la concluzia că avortul provocat induce o schimbare hormonală bruscă. Efectul acestei violențe afectează celulele sânului, schimbare care, până la urmă, provoacă apariția cancerului.

Studii făcute în SUA (Universitatea din New York) arată că avortul determină creşterea riscului cancerului la sân cu 30%.23 Riscurile cele mai mari se întâlnesc la femeile care avortează prima sarcină şi la cele care au avut un avort înainte de 18 ani.

În România, se manifestă tendința de creştere anuală atât a cancerului de sân, cât şi a celui de col uterin (50 de cazuri la 100.000 de femei, respectiv 30,7 de cazuri la 100.000 de femei).24 O dată cu creşterea ratei, evoluează şi vârsta minimă a apariției cancerului genito-mamar. În trecut, cancerul de sân predomina la vârste înaintate. Rar se întâlnea la femei sub 30 de ani şi numai în mod excepțional, sub 25 de ani. Astăzi, spun specialiştii, au fost semnalate asemenea cazuri chiar la fete aflate la pubertate. După 1990, în România, s-a evidențiat tendința crescută a asocierii cancerului de sân şi de col uterin cu mortalitatea. Această tendință are drept cauză defecțiunile sistemului sanitar, care nu poate dezvolta programe de depistare precoce şi nu poate pune la dispoziție mijloace terapeutice eficiente în stadii incipiente ale bolii.

Nu se cunoaşte încă o modalitate de a preveni apariția neoplasmului glandei mamare, însă este cert că diagnosticul precoce s-a dovedit a fi o cale de reducere a mortalității. Cu cât depistarea bolii se face mai devreme, cu atât tratamentul este mai eficient, mai puțin mutilant şi necesită un efort financiar mai redus. Astfel se poate îmbunătăți nu numai rata de supraviețuire, ci şi calitatea supraviețuirii. Datele existente despre conduita femeilor din România arată că, din păcate, între momentul în care femeia depistează, prin autopalpare, noduli la nivelul sânului, ce pot trăda un cancer incipient (teoretic, curabil), şi momentul prezentării la specialist trec, in medie, aproximativ doi ani. Aceste rezultate pledează în favoarea importanței programelor de educație pentru sănătate şi de promovare a sănătății în salvarea vieții femeilor care sunt atinse de această boală. În 2001, au fost înregistrate în România aproape 3000 de decese, prin cancer mamar. Acest tip de cancer constituie cauza principală de deces prin cancer la populația feminină.

Cancerul de sân şi cancerul de col reprezintă peste 50% din totalitatea cazurilor noi de cancer la femei în România. Într-un studiu efectuat de Institutul Oncologic

22 *A Way of Life*, p. 92
23 *Ibidem*
24 Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p. 463

Bucureşti, într-o perioadă de 20 de ani, din 27.243 de bolnavi de cancer, 18.070 constituiau femei. Anual, în România, se înregistrează peste 4000 de cazuri de cancer de sân şi aproximativ 3000 de cazuri de cancer de col uterin. În 1993, de exemplu, au existat 4174 de cazuri noi de cancer de sân, cu 2475 de decese şi 2748 cazuri noi de cancer de col, cu 1611 decese.25 Conform datelor furnizate de OMS, România are cea mai mare rată a mortalităţii prin cancer de col uterin din Europa (33 cazuri la 100.000 de femei). Aceeaşi situaţie se întâlneşte şi în cazul cancerului de sân.26

Depistate în forme precoce, toate aceste tipuri de cancer pot fi tratate. Cancerul mamar debutează mai ales la femei în vârstă de 40-45 de ani şi poate fi depistat în faze iniţiale, prin autopalpare şi mamografie, investigaţie ce trebuie efectuată la 1-2 ani, dar şi prin intermediul consultaţiilor specifice, făcute în mod sistematic. În sistemul medical românesc, în mod teoretic, se practică metoda screeningului. După vârsta de 50 de ani, se recomandă asemenea investigaţii anuale. Screening-ul mamografic reuşeşte să reducă cu până la 30% mortalitatea prin cancer mamar. În aplicarea acestor metode cu eficienţă, un rol important îl are educaţia, în acest domeniu, a medicilor şi a populaţiei.

Din păcate, în România, după 1990, se resimte lipsa medicilor de specialitate. Mai ales această situaţie deficitară se manifestă la nivel local. Conform noii organizări a sistemului medical românesc, un rol important în depistarea precoce a cancerului de sân şi de col îi revine medicului de familie. El are rolul de a populariza şi de a da explicaţii femeilor asupra testelor de diagnostic precoce.

Ancheta efectuată de *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999* scoate în evidenţă faptul că doar 70% dintre femei practică un examen ginecologic de rutină.27 În anul 1993, în această situaţie se aflau 56% dintre femei. Motivele invocate, în timpul anchetei, se referă la existenţa unor obstacole foarte mari în utilizarea serviciilor preventive. Lipsa educaţiei determină 60% dintre femei să creadă că „nu au nevoie de un asemenea examen".28 Un alt motiv frecvent invocat a fost lipsa de timp (21%), urmat de teama de disconfort (9%).29

Nici în ceea ce priveşte screening-ul pentru cancer de col uterin lucrurile nu stau prea bine. Deşi proporţia femeilor care au făcut un asemenea examen a crescut în perioada 1993-1999, de la 35% la 50%, specialiştii consideră că lucrurile nu s-au îmbunătăţit semnificativ. 30

Efectuarea unui avort poate de asemenea să crească semnificativ riscul complicaţiilor sarcinilor ulterioare. Studiile în acest domeniu scot în evidenţă faptul că femeile care au avut un avort comportă riscuri crescute la hemoragii, în prima

25 *Ibidem*, p. 464
26 *Ibidem*, p. 463
27 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999,* Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 279
28 *Ibidem*
29 *Ibidem*
30 *Ibidem*, p. 285

parte a sarcinii, la rupturi premature ale membranelor, la poziția anormală a copilului, la feți cu greutate mică şi la naşteri premature. Complicațiile se amplifică în cazul femeilor care au avut două sau mai multe avorturi.

Există o legătură strânsă între avort şi sarcina ectopică. Aceste sarcini apar atunci când embrionii se implantează pe trompele uterine şi nu în uter. Hemoragiile interne, determinate de ruperea trompei uterine, care nu suportă copilul, pot avea consecințe fatale.31 Sarcinile ectopice apar mai ales în cazul prezenței cicatricelor de pe trompe. Aceste cicatrice, cauzate de folosirea neadecvată a chiuretei, împiedică zigotul „să se rostogolească“ din trompe în uter. Sterilitatea este determinată, în multe cazuri, de cicatricile rezultate în urma tăieturilor chiuretei sau a infecțiilor. Cele mai expuse la acest risc sunt femeile care au recurs la unul sau mai multe avorturi. „Un studiu din 1981 arată că, printre femeile care au avut un avort pentru prima dată, a existat o creştere a riscului de 500% în incidența sarcinilor ectopice ulterioare. Un alt studiu a relevat faptul că riscul sarcinii ectopice a crescut cu 30% după un avort, şi cu 160% după unul sau mai multe avorturi".32 Tot în Statele Unite, în 1997, 17,6% dintre decesele materne aveau drept cauză sarcina extrauterină.

Studii efectuate în SUA, arată că, în ultimii 20 de ani, în urma liberalizării avorturilor, incidența sarcinilor ectopice a crescut cu 600%.33 Frecvența acestei afecțiuni variază între 0,58% - 1,3% din totalul naşterilor, în ultimii 20 de ani.34

Pe lângă avort, sarcina ectopică este determinată din ce în ce mai mult de folosirea contraceptivelor estroprogestative şi progestative şi a dispozitivelor intrauterine.35 DIU amplifică de 10 ori riscul sarcinii extrauterine la femeile cu leziuni de salpingită latentă, iar contraceptivele hormonale modifică mişcările peristaltice ale trompelor, „prin secrețiile steroidiene ovariene".36

Avortul rămâne cea mai importantă cauză directă a mortalității materne în România. Valorile rămân în continuare foarte mari, fapt care individualizează România din acest punct de vedere ca un caz special în Europa. În anul 2000, România se menținea pe primul loc în ceea ce priveşte mortalitatea prin avort şi se situa pe locul 5 la mortalitatea prin risc obstetrical, în spațiul european. Numărul de decese scăzuse, în 1999, la 38, de la 44. Acesta este cel mai mic indice cunoscut în ultimii 20 de ani. Majoritatea femeilor decedate prin avort erau căsătorite (63,2%). În 2000, în urma decesului a 38 de femei au rămas orfani de mamă 59 de copii. Exceptând decesele prin sarcină extrauterină (6 cazuri), cauzele imediate ale morții

31 Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p. 324
32 *A Way of Life, p.93*
33 *Ibidem*
34 Vârtej, Petrache, *op.cit.*, p. 326
35 *Ibidem,* p. 327
36 *Ibidem*

celorlalte femei (32) au fost infecția (59%), hemoragia (15%), embolia (3%) şi alte complicații (21%). 37

Conform ultimelor date ale Organizației Mondiale a Sănătății, în 2001, decesele materne din cauza avortului (la 100.000 de născuți vii) aveau o valoare de 16,79.

1.3 Pericolele asupra sănătății psihice

1.3.1 Consilierea

Foarte puține femei cunosc ce efecte poate avea avortul asupra stării lor emoționale şi psihice. Această realitate este ignorată de majoritatea instituțiilor din sistemul de sănătate şi de educație ale României.

Nu există, în primul rând, în practica medicală, în acest domeniu, referiri la obligativitatea informării femeilor asupra consecințelor avortului. Sunt minimalizate riscurile asupra sănătății fizice şi sunt ignorate total riscurile asupra sănătății psihice. Momentul consilierii ar trebui introdus prin legislație specială, cu caracter de obligativitate pentru toate activitățile din unitățile sanitare, care includ practicarea serviciilor de contracepție şi avort. Necesitatea unor asemenea măsuri porneşte de la situația ieşită din comun, raportată la spațiul Uniunii Europene, la capitolul avort. Un punct de vedere, împărtăşit atât de adepții, cât şi de adversarii avortului, constă în aprecierea că majoritatea populației este neinformată şi dezorientată în acest domeniu.

În România, din primăvara anului 2003, se află în pregătire o lege care va obliga medicii să impună două zile de reflecție femeilor care vor să facă un avort. În decursul acestei perioade obligatorii de 48 de ore, femeile care intenționează să recurgă la avort, trebuie să beneficieze de consiliere privind riscurile avortului. De asemenea, ele ar putea primi informații cu privire la sursele de susținere, în cazul în care se hotărăsc să păstreze copilul.38

Consilierea trebuie să debuteze cu evaluarea datelor, căci informațiile furnizate au efecte diferite, de la un caz la altul. Marea majoritate a ginecologilor şi obstetricienilor manifestă o atitudine subiectivă față de pacientele lor, minimalizând consecințele, pe termen scurt sau pe termen lung. Ignorarea consecințelor este determinată şi de faptul că femeile nu rămân, în general, în grija medicilor care au efectuat avortul. Cei care ar putea evalua deci cel mai bine aceste cazuri nu mai au posibilitatea de a monitoriza evoluția post-avort a pacientelor şi de a preîntimpina eventualele complicații. În evaluarea datelor, nu trebuie neglijată situația concretă a

37 *Mortalitatea maternă prin complicațiile sarcinii, naşterii şi lăuziei în România, Anul 2000*, Bucureşti, Ministerul Sănătății şi Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, p. 12-19

38 Ziarul „Adevărul", 15 martie 2003

cazului, care diferă de la o pacientă la alta, în primul rând în funcție de numărul de avorturi suferite în timp.39

Decizia asupra avortului ține în mare măsură de starea de şoc, de suferința personală în care se află o femeie ajunsă în fața medicului ginecolog-obstetrician. Nu toate pacientele vor acționa în acelaşi mod, chiar în circumstanțe similare.40

Aflate în stare de şoc, femeile îşi pot da consimțământul asupra avortului, fără să fie informate. De aceea trebuie să se acorde un timp de gândire unei asemenea paciente, necesar adaptării la situația ei şi asumării informațiilor furnizate de medic.41 În fața deciziei de a avorta femeile cad pradă unei stări de criză, ceea ce diminuează capacitățile cognitive şi psihice, necesare aprecierii informațiilor şi găsirii soluțiilor optime.42

Procedura de avort trebuie să cuprindă o minimă familiarizare cu problematica avortului, pornind de la argumentul că, în această situație, este implicată cel puțin o a doua ființă umană, fătul. Medicii trebuie să fie conştienți că, frustrând pacientele de o asemenea consiliere, îşi asumă o decizie morală, care poate avea consecințe nefaste şi asupra lor.

Specialiştii americani consideră că sunt necesare câteva cunoştințe de bază, astfel încât o femeie să-şi asume în mod responsabil decizia unui avort. De aceea consilierea trebuie să cuprindă, mai întâi, definirea avortului, prezentarea tipurilor de proceduri şi expunerea la riscuri şi sechele post-avort. Este necesară, de asemenea, prezentarea tuturor alternativelor la problemele sarcinii, care sunt avortul, adopția sau, în unele cazuri, mariajul.

În general, informațiile despre sexualitate şi contracepție, în România, circulă în mod trunchiat, având în vedere că sursele lor cele mai active, presa şi comunitatea restrânsă, sunt neadecvate. Un caz aparte îl constituie adolescentele, pentru care avortul implică costuri, la nivelul sănătății fizice şi psihice, mult mai mari, decât dacă ar înfrunta presiunile societății, hotărând să nască şi să păstreze copilul.

Un capitol important al consilierii ar putea să îl constituie furnizarea de informații despre sprijinul comunității acordat femeilor cu copii.43 Factorii de natură religioasă sau cunoştințele despre sistemele de valori ale altor culturi şi religii pot avea o influență ridicată în luarea deciziilor, atunci când femeile oscilează între avort şi păstrarea sarcinii.44

---

39 Stössel, Pius, *Myriam, de ce plângi? Sau trauma avortului*, Timişoara, Fundația Pro Vita Medica, 1998, p. 126-133

40 *Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association*, în "Informed Consent", 1988

41 Hardison, Joseph E, *Uninformed Consent and Terms Without Definitions*, în "American Journal of Medicine", iunie 1983, p. 932-933

42 Riggs, Virginia P, *Regulating Abortion Services*, în "New England Journal of Medicine", 7 februarie 1980, p. 350

43 Kahn-Edrington M, *Abortion Counseling*, în "The Counseling Psychologist" nr. 8(1), 1979, p. 37-38

44 M Swiger *et al*., *Interview Follow-up of Abortion Applicant Dropouts*, în "Social Psychiatry", nr.11, 1976, p. 135-143

Foarte multe sarcini nedorite rezultă din eşecurile contracepţiei, fapt minimalizat de planificarea familială. În acelaşi timp, în multe cazuri, modul acesta de a raţionaliza naşterile, care determină avorturi repetate, trezeşte conflicte în subconştientul acestor femei, iar stările emoţionale, ale căror sursă o constituie necesitatea de a fi însărcinată, conduc, în final, la abandonarea contracepţiei.45

Argumentele de ordin moral, care impun o reevaluare a consideraţiilor despre sine, nu sunt suficiente, în multe cazuri, pentru conturarea unei decizii. De aceea pentru a trece mai uşor peste multele stări conflictuale, femeia, aflată într-o stare conflictuală, ar trebui să primească acel gen de informaţii, ce să-i permită formarea unei viziuni complete asupra situaţiei sale.46

Atât medicii, cât şi psihologii susţin că schimbările somatice şi psihologice, care se declanşează în timpul sarcinii, constituie argumente pentru a trata o asemenea stare ca pe una de criză.47 Schimbările endocrine, cât şi starea conflictuală psihică, de la nivelul subconştientului, sunt strâns legate de reorganizarea, la nivel biologic, a tuturor forţelor organismului. La nivelul psihicului, asumarea statutului de mamă poate induce un stres puternic. Aceste probleme de ordin individual pot fi evidenţiate şi conştientizate de persoanele care alcătuiesc mediul familial al viitoarei mame cu sprijinul celor care asigură consilierea.

Stările conflictuale sunt mult mai intense şi mai diverse în cazul sarcinilor nedorite. Bineînţeles, reacţiile imature ale unei adolescente pot fi mult mai imprevizibile decât ale unei femei adulte, care este implicată într-o relaţie de căsătorie. Teama de sarcină nedorită sau chiar pasivitatea măresc vulnerabilităţile celor care utilizează contraceptivele. În mod inconştient, golul din suflet îi manipulează acţiunile unei femei aflate într-o astfel de stare, încât concepţia constituie împlinirea de care are nevoie pentru a-şi diminua comportamentul depresiv. 48

Avorturile repetate dau naştere unui sentiment contradictoriu faţă de contracepţie. Există cazuri, analizate de psihologi, când dorinţa de a deveni mamă nu se suprapune întotdeauna cu dorinţa de a deveni însărcinată. Căci, în subconştient, există un reziduu, moştenit din copilărie, de rivalitate faţă de mamele lor.49

---

45 Blumenfield M, *Psychological Factors Involved in Request for Elective Abortion*, „The Journal of Clinical Psychiatry", ianuarie 1978, p.17-25

46 Friedlander, M.L.; Kaul, T.J. şi Stirnel,C.A., *Abortions: Predicting the Complexity of the Decision-Making Process*, în "Women and Health" nr 9(l), Spring, 1984, p. 43-54

47 Bibring, Grete L., *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy*, "Psychoanalytic Study of the Child", 1959, nr. 14, p. 113-121

48 Raphael, B., *Psycho-Social Aspect of Induced Abortion*, în "Medical Journal of Australia", nr. 2, July 1, 1972, p. 35-40

49Tamian-Kunegel, I., *L'interruption volontaire de grossesse a répétition* în "Gynaecology, Obstetrics, Fertilization", nr. 28, 2000, p. 137-140

În cazul femeilor, care îşi motivează în mod sistematic avortul din motive de sănătate psihică, stările lor conflictuale au surse mult mai adânci. Dintr-un studiu efectuat în Marea Britanie pe asemenea persoane a reieşit că aceste femei şi-au justificat avortul, pornind de la eşecul strategiilor lor de a-şi apropia bărbaţii sau pornind de la conflicte nerezolvate din familia lor de origine. Sarcinile erau considerate nedorite, pornind de la intenţia lor de a-şi repara anumite dorinţe sau având surse chiar unele dorinţe de natură distructivă.50

Se cunoaşte deja că un avort dezvoltă un comportament agresiv, iar agresiunea ţinteşte spre potenţialul tată, spre propria persoană şi, mai cu seamă, spre obstetrician.51

1.3.2 Sindromul post-avort

Convingerea că avortul afectează sănătatea mintală a femeii s-a consolidat de-a lungul timpului. Sindromul post-avort nu este recunoscut peste tot în lume, mai ales în România. Boala, căci o putem numi aşa, a fost recunoscută de Asociaţia Americană de Psihiatrie, fiind definită ca o dereglare anxioasă, cauzată de un stres major personal, ce se naşte după un eveniment grav, a cărui reacţie se dezvoltă în timp.52

Prof.dr. Wanda Poltawska, Polonia,53 consideră că acest stres post-traumatic cuprinde trei etape, desfăşurate pe o perioadă de câteva luni. Starea de depresie se manifestă cu preponderenţă printr-o abundenţă de gânduri de sinucidere şi nevroze depresive, asociate cu tulburări de conştiinţă. Intensitatea acestor stări diferă de la caz la caz, fiind mai accentuate la femeile sensibile. Psihologii susţin că sindromul post-avort constituie de fapt un efect al atentatului la sensul vieţii, pe care îl implică maternitatea, ceea ce declanşează tendinţe de autodistrugere. Aceste tulburări au şi un suport fiziologic, căci avortul produce un dezechilibru hormonal, accentuează tulburări organice. Este un fapt binecunoscut acela că starea de sterilitate, care se instalează, în multe cazuri, după avort, accentuează procesul de vinovăţie.

Comportamentul agresiv pe care-l determină avortul se evidenţiază prin ura faţă de partener sau prin instalarea frigidităţii. În cele din urmă, în cadrul unui cuplu, prezenţa acestei agresiuni determină ruperea relaţiilor dintre parteneri. Atât depresia cât şi agresivitatea aduc după ele, în timp, tulburări de personalitate, ce persistă vreme îndelungată.

Un stres extrem, afirmă psihologii, determină suferinţe ce conduc la fragmentări ale sinelui. Aceste stări sunt potenţate de sincope ale memoriei, de accentuarea

50 Schmidt, R., Priest, R.G., *The effects of termination of pregnancy: A follow-up study of psychiatric patients*, în "British Journal of Medical Psychology" nr. 54, 1981, p. 267-276
51 Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 91-111
52 *A Way of Life*, p. 94
53 *Apud* Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 126-133

manifestărilor violente, de lipsa sprijinului din partea celorlalți şi de diminuarea încrederii până la lipsa de idealuri, scopuri şi idei. Un astfel de om este predispus la relații distructive, posibile pe fondul unei sensibilități necontrolate.54

Tulburările emoționale ce ating, în timp, cote înalte, sunt însoțite şi de tulburări fizice, cum ar fi variații ale ritmului cardiac, hipertensiune arterială, migrene, tulburări gastrointestinale, dureri de bazin, pericol de naştere prematură la o nouă sarcină şi tulburări ale somnului.55 Stările depresive presupun şi o accentuare a labilității emoționale, prin iritabilitate, schimbare bruscă a dispoziției, plâns spontan şi teamă nejustificată.56

Anxietatea fobică a fost determinată ca o reacție frecventă, asociată stresului post-avort. Coşmarurile sunt frecvente în puseurile de teamă excesivă. Psihologii au identificat trei categorii de coşmaruri pe care le trăiesc femeile care au avut un avort. Ele activează o întreagă simbolistică despre judecăți şi pedepse aspre, retrăiesc moartea copilului sau a fătului şi se lansează în căutări îndelungate asupra unui lucru prețios.57

Sindromul post-avort determină schimbări în relațiile din plan social şi impun asumarea unui comportament, care are, de cele mai multe ori, un substrat distructiv. Un studiu efectuat în statul Washington, în perioada 1984-1987, arată că majoritatea femeilor care fumează în timpul sarcinii au, în istoria lor, câteva avorturi.58 Acestea apelează mai des la alcool şi la droguri. O cercetare sociologică, care a avut ca subiect grupul pacientelor de la Yale Haven Hospital, în perioada 1974 -1975, scoate în evidență faptul că femeile care aveau avorturi repetate erau într-un număr mai mare divorțate şi trăiau mai degrabă din ajutoare sociale, față de femeile care se aflau la primul avort.59

1.3.3 Vină şi negare

Avortul, care se dovedeşte a fi o soluție radicală la o problemă apărută în mod neaşteptat, lasă cicatrici şi de natură fizică, şi de natură psihică, urme ce vor dura luni şi ani de zile. Efectele vor fi imprevizibile astfel că multe dintre femeile care, în adolescență, au apelat la avort, au declarat că foarte repede după aceea au rămas din

54 Brende, Joel O, *Fragmentation of the Personality Associated with Post-Abortion Trauma*, în "Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Newsletter" nr. 8(3), iulie/ august 1995, p. 1-8,

55 Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 135-140

56 *Ibidem*

57 Speckhard,A.C., Rue, V.M., *Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern* în "Journal of Social Issues" nr. 48(3), 1992, p.95

58 Mandelson, M.T., Maden, C.B., Daling, J.R., *Low Birth Weight in Relation to Multiple Induced Abortions*, în "American Journal of Public Health", 82 (3), martie, 1993, p. 391-394

59 Shepard, M., Bracken, M., *Contraception and repeat abortion*, "Journal of Biosocial Science" *nr.*11,1979, p. 289-302

nou însărcinate pentru a atenua sentimentul de goliciune sufletească apărut după avort.

Vina este un sentiment strâns legat de valorile culturale ale unui om sau constituie un efect al violării valorilor fundamentale ale naturii umane.60 Efectul emoțional al avortului este mult mai puternic în cazul femeilor cu convingeri religioase. Studiile sociologilor arată că femeile care acceptă avortul repetat au o natură mai puțin religioasă. Eileen Brydon, membru al organizației British Victims of Abortion, consideră că mulți „indivizi, ca şi multe instituții, încearcă de foarte mult timp să judece avortul prin referire la conştiință, înțelegând prin asta că dacă o femeie alege să avorteze, alegerea este o chestiune stabilită între ea şi doctorul ei".61

Psihologii consideră că problema păcatului şi a responsabilității morale trebuie privită cu mare atenție. Atitudinea față de cineva care trăieşte intens asemenea sentimente, față de cineva care trăieşte sentimentul păcatului trebuie axată chiar de la început pe înțelegerea deplină a stării acestuia, astfel încât să-i sporească suferindului încrederea şi respectul de sine. Răscumpărarea păcatului nu poate fi concepută dacă acea persoană se respinge şi nu se poate poate ridica peste păcatele ei. În asemenea cazuri, cei care consiliază trebuie să țină cont de existența sindromului post-avort, iar discuțiile trebuie să aibă un caracter deschis. Această persoană trăieşte de obicei în umbra vinei sale, neexplicate, dar reale, şi doar sprijinul afectiv, care presupune eforturile de a-i da asigurările necesare recăpătării încrederii în sine şi deschiderea acceptării în întregime, o va dezlipi de ura de sine. Dacă ea, cu sau fără asistență, va începe să-şi accepte vina, calea spre însănătoşire se va deschide.62

1.3.4 Repercusiunile avortului asupra celorlalți membri ai familiei şi asupra medicilor

Conform statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, în lume se produc anual între 40 şi 60 de milioane de avorturi. Dacă adăugăm la acest număr de femei un altul, la fel de mare, al partenerilor lor, ajungem la concluzia că aproximativ 120 milioane de persoane, anual, sunt măcinate de problemele avorturilor. Luându-i în calcul şi pe ceilalți din preajma unor asemenea familii - copii, bunici, frați, medici, prieteni etc. - acest număr cel puțin se dublează.63

Efectele psihologice ale victimelor avortului, se ştie, sunt transferate sau declanşate şi la partenerii acestora. De altfel, atitudinea partenerului la apariția sarcinii are o însemnătate foarte mare asupra deciziei femeii. Un studiu efectuat de

60 Lask, B, *Short-term Psychiatric Sequelae to Therapeutic Termination of Pregnancy*, "British Journal of Psychiatry" nr.126, 1975, p. 173-177
61 *A Way of Life*, p. 95
62 Mowrer, O. Hobart, *Sin, The Lesser of Two Evils*, în "American Psychologist", mai, 1960, p. 301-304
63 Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 117-125

Universitatea din Nebraska (SUA) a individualizat cele mai stresante evenimente ale unei sarcini: când o femeie a rămas însărcinată „din flori" şi nu a primit sprijin din partea tatălui copilului sau când soţul ei nu doreşte copilul.64

În foarte multe cazuri, relaţia femeii cu bărbatul se deteriorează în perioada post-avort. În SUA, de exemplu, despărţirea devine iminentă în proporţie de 80% la astfel de cupluri.65 În această situaţie, atât femeile cât şi bărbaţii manifestă tendinţa adoptării unui comportament violent.

Stările depresive determinate de avort au fost semnalate şi de psihologi români. Astfel, dr. Aurel Clinciu consideră că „sentimentul de uşurare, determinat de acceptarea în pripă a soluţiei avortului, este înlocuit, în timp, de vinovăţie, tristeţe şi regrete. Acest lucru se întâmplă mai ales în cazul mamei, în tentativa de a se ataşa emoţional de viitorul copil. Depresia poate să nu iasă la suprafaţă decât la naşterea viitorului copil. La rândul lor, şi bărbaţii sunt dispuşi dificultăţii de a stabili relaţii cu viitorul copil. Bărbatul care a trecut printr-o experienţă de avort este predispus să rămână insensibil la dezvoltarea următorului copil. Chiar şi atunci, preocuparea sa va fi mai puţin normală, din cauză că ezită să se implice emoţional şi să rişte să fie iarăşi rănit".66

Nu numai mama şi tatăl sunt afectaţi de riscurile de natură psihică şi emoţională a avortului. Au fost identificate o serie de probleme distincte şi la copiii care au supravieţuit avortului. Aceşti copii manifestă stări repetate de nelinişte, nesiguranţă, iar între ei şi părinţi se instalează o lipsă de încredere. De asemenea, sunt predispuşi mai mult la anxietate sau depresie şi manifestă, de cele mai multe ori, diferite simptome psiho-somatice, cum ar fi durerile de cap sau abdominale.67 Mutaţiile la nivelul caracterului, începând cu adolescenţa, îi fac pe aceştia să fie mai vulnerabili la anxietate şi depresie, iar, la maturitate, să manifeste cinism şi reacţii de nesupunere în faţa autorităţii.

Există exemple care arată că medicii obstetricieni au avut de suferit de pe urma avorturilor pe care le-au efectuat. La nivel mondial, a fost constituită Societatea Centurionilor, organizaţie internaţională care include foşti medici care au practicat avortul.68 Foarte mulţi dintre aceştia, după perioada de recuperare, şi-au asumat opinii pro-vita.

În România, o asemenea mişcare nu există în mod explicit. La Cluj şi Timişoara, e adevărat, există un număr mai mare de medici ginecologi, susţinători ai ideilor pro-vita, care nu practică avortul. Au fost emise şi diverse opinii de către obstetricieni cu responsabilităţi importante în clinici de obstetrică-ginecologie, opinii care explică, în parte, lipsa de reacţie a corpului medical la problemele avortului.

---

64 Helper, M., Cohen, R., Beitenman, E., Eaton, L., *Life Events and Acceptance of Pregnancy*, în "Journal of Psychosomatic Research", nr.12, 1968, p. 183-188
65 Stössel, Pius, *op.cit.*, p. 117-125
66 Ziarul „Monitorul de Braşov", 23 septembrie 1999
67 *Ibidem*
68 *A Way of Life*, p. 97

Directorul Spitalului Filantropia din Bucureşti, conferenţiar dr. Gheorghe Peltecu, consideră că „principalii răspunzători pentru creşterea numărului de avorturi sunt medicii ginecologi, deoarece aceştia consideră chiuretajul drept o activitate medicală zilnică, pe care vor să o păstreze".69

1.4 Bolile cu transmitere sexuală

1.4.1 Epidemia de sifilis

Multe ţări din Europa de Est, printre care şi România, începând cu 1990, s-au confruntat cu epidemiile de sifilis, fenomen inexistent în Europa de Vest, unde incidenţa acestei boli a scăzut foarte mult. În situaţia cea mai dificilă se află ţările din fosta Uniune Sovietică, unde infecţiile cu sifilis s-au amplificat de 15-30 de ori, în perioada 1990-1996.70 În România, rata cazurilor de sifilis, raportată oficial, a avut o creştere moderată. Între 1990-1999, a evoluat de la 23 de cazuri la 100.000 de locuitori, la 37 de cazuri, după datele Centrului de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentară a Ministerului Sănătăţii (1999). Faţă de anul 1985, se evidenţiază o creştere de 5 ori a numărului de cazuri. Situaţia pare a fi însă mult mai gravă, deoarece evidenţele oficiale se bazează pe raportările de caz deficitare ale medicilor. În 2001, în statisticile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, figura o rată aproape dublă, de 55,96 la 100.000 de locuitori.

Fostul ministrul al Sănătăţii şi Familiei, dna Daniela Bartoş, anunţa triplarea numărului bolnavilor de sifilis, în perioada 1999-2002. Printre aceştia, se înmulţeşte numărul celor cu sifilis congenital. Tratamentul acestei infecţii intră în responsabilităţile MSF, însă depistarea merge foarte greu deoarece „nu putem obliga pe nimeni să-şi facă testele, nici măcar pe cele mai predispuse persoane la această boală, cum ar fi prostituatele". 71

Dr. Daniel Popescu, directorul Policlinicii cu plată Bcureşti, mărturiseşte că întâlneşte tot mai mulţi copii „bolnavi de SIDA, sifilis, infecţii gonococice, limfogranulomatoză venerică, şancru moale, herpes genital, granulom inghinal, tricomonaz, scabie, candidoză, ptiriazis".72 Această evoluţie a îmbolnăvirilor cu boli cu transmitere sexuală a fost determinată de „viziunea falsă asupra sexului, susţinută agresiv de o industrie mediatică, şi anume că, în materie de sex, totul este numai extaz, omiţându-se, programatic, aspectele negative". „Elevii sunt măcinaţi în malaxorul unei lumi în care sexualitatea a scăpat de sub control şi a devenit o

69 Ziarul „Ziua", 13 decembrie 2002
70 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999, Raport final martie 2001*, CDC, ARSPMS, p. 346
71 Ziarul „Adevărul", 29 mai 2003
72 Ziarul „Naţional", 4 martie 2003

afacere fără risc de faliment. Un instinct uman fundamental, şi anume cel al sexualităţii, este speculat şi comercializat".73

Prof.dr. Justin Diaconu, medic la Spitalul Clinic de Dermatovenerologie „Prof. Sarlat Longhin", Bucureşti, după statisticile pe care le are, declară că, în 2001, au existat 12.569 de cazuri de sifilis. La datele oficiale, ar mai trebui adăugate încă un număr de 8.000 de persoane infestate, care nu au putut fi încă identificate. „Răspândirea bolilor venerice şi a sifilisului este influenţată de fenomenul prostituţiei şi de necunoaşterea riscurilor activităţii sexuale de către tineri".74 Majoritatea prostituatelor, pe care le examinează, sunt bolnave de sifilis. La Centrul Naţional de Dermato-Venerice, la categoria de vârstă 10-19 ani, au fost înregistrate 1696 de cazuri, fete şi băieţi.

Faţă de ţările din spaţiul fostei URSS, în România, conform asigurărilor date de autorităţi, cazurile de sifilis congenital sunt ţinute sub control, femeile însărcinate fiind monitorizate în perioada prenatală. O analiză a extinderii ratei la sifilis, în anii 1989-1999, cuprinsă în *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999*, a scos la lumină câteva din cauzele majore ale propulsării fenomenului. Există o strânsă legătură între creşterea numărului bolnavilor de sifilis şi intensificarea migraţiei populaţiei. O influenţă deosebită, de asemenea, au avut-o schimbările social-economice, care au dus la crearea diferenţelor mari între veniturile oamenilor. Dezechilibrele au fost accentuate atât de amploarea răspândirii prostituţiei, cât şi de comportamentul sexual ale tinerilor. În această perioadă, iniţiindu-se reformarea sistemului de sănătate, s-a dovedit că infrastructura creată nu poate face faţă noilor realităţi.

1.4.2 HIV/SIDA

Afecţiunea cunoscută sub numele de SIDA apare la majoritatea persoanelor infectate cu virusul imunodeficienţei umane (*human immunodeficiency virus* – HIV), virus care atacă în special limfocitele, celule implicate în apărarea corpului contra infecţiilor. Virusul poate sta în stare de latenţă o perioadă variabilă de timp, fără să producă simptomele îmbolnăvirii. După cercetările actuale, la aproximativ jumătate din persoanele cu acest virus, boala a apărut în primii 10 ani după infecţie. Virusul se stabileşte în mai multe tipuri de celule şi în fluidele organismului. Transmiterea lui are loc prin expunere directă la sânge infectat sau prin activitate sexuală.

Pe plan mondial, boala a apărut la începutul anilor '80. În 1981, au fost raportate 200.000 de cazuri, în 152 de ţări, iar până în 1989, au fost înregistrate 33,6 milioane de cazuri. Numai în 1989 au fost consemnate 5,6 milioane de îmbolnăviri la nivel mondial, ceea ce înseamnă că în fiecare zi au apărut 15.000 de noi infecţii,

73 Ibidem
74 Ibidem

adică aproape 11 cazuri în fiecare minut. Numărul deceselor din cauza SIDA au ajuns, până în 1999, la 16,3 milioane (adulţi şi copii), din care 2,6 milioane în 1999.

În ultimii 20 de ani, programele de prevenire HIV/SIDA s-au axat pe distribuirea pe scară largă a prezervativelor. Steve Mosher, preşedintele Institutului de Cercetare a Populaţiei, consideră că aceste strategii nu numai că nu au avut efect, dar au contribuit la amplificarea în mod dramatic a acestei boli. „La nivel mondial, nu există nici cea mai mică dovadă că distribuirea de vapoare cu prezervative ar fi avut vreun impact pozitiv. În cursul anilor '90, USAID a distribuit aproximativ 5 miliarde de prezervative în străinătate. Miliarde de alte prezervative au venit de la UNFPA, Agenţia de Dezvoltare Externă a Marii Britanie şi alţi furnizori. Cu toate acestea, în ciuda acestor „râuri" de prezervative care au curs spre ţările în curs de dezvoltare, rata infecţiei cu HIV/SIDA în aceste zone a continuat să crească, atingând nivele ameţitoare. Numărul victimelor a crescut de o mie de ori, de la 40 de mii în 1990, la peste 40 de milioane în 2000."75 „Un articol recent publicat de revista britanică „Lancet" arată că abordarea bazată pe utilizarea prezervativului, prin crearea unei false păreri de protecţie utilizatorilor, nu numai că a eşuat în stoparea răspândirii SIDA, ci de fapt a dus la exacerbarea situaţiei. Autorii fac o paralelă între legea utilizării obligatorii a centurii de siguranţă, destinată scăderii dramatice a numărului de victime ale traficului. În loc să scadă, numărul acestora a rămas exact acelaşi, deoarece conducătorii auto, simţindu-se mai în siguranţă, se angajau în situaţii de risc, pe care altfel le-ar fi evitat. Probabil acesta este unul dintre motivele pentru care, în ciuda distribuirii masive de prezervative în străinătate, rata infecţiei cu HIV/SIDA continuă să crească."76 În cadrul emisiunii „Sexul şi Sfântul Scaun", difuzată de Canalul BBC1, Cardinalul Alfonso Lopez Trujillo, preşedintele Consiliului Pontifical pentru Familie, a declarat: „Virusul, care provoacă SIDA este de 450 de ori mai mic decât spermatozoidul, poate trece, uneori, prin prezervativ. Aceste limite ale nesiguranţei ar trebui să reprezinte o obligaţie din partea ministerelor de sănătate, care ar trebui să se mobilizeze în acelaşi mod, în care o fac cu privire la consumul de tutun, considerându-l un pericol."77

Ca şi în privinţa sifilisului, România se situează în topul ţărilor din Europa, mai cu seamă la capitolul copii bolnavi de HIV/SIDA. În 1990, autorităţile româneşti au recunoscut prezenţa unei epidemii HIV/SIDA, care debutase cu câţiva ani în urmă.78 Fenomenul a atins cote nemaiîntâlnite în altă ţară europeană. După 1994, s-au înmulţit şi cazurile de infecţie cu HIV la adulţi.79 În 1997, sistemul naţional de supraveghere a raportat un total de 4725 de cazuri de SIDA, dintre care 4226 la copii şi 499 la adulţi. Numărul de copii diagnosticaţi cu SIDA scade cu 10 cazuri anual,

---

75 Mosher, Steve, *Metoda BBC de prevenire a HIV/SIDA*, http//: www.pop.org
76 *Ibidem*
77 Ziarul „Adevărul", 10 octombrie
78 Vezi capitolul VII, Eşecul politicilor demografice comuniste
79 Kligman, Gail, *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, Bucureşti, Humanitas, 2000, p. 347

începând din 1993. Situaţia de criză de dinainte de 1989, situaţie care a determinat epidemia, s-a îmbunătăţit. A crescut siguranţa folosirii sângelui pentru transfuzii, a început să se utilizeze doar seringile de unică folosinţă şi a scăzut numărul tratamentelor cu injectabile.

În paralel cu îmbunătăţirea situaţiei la copii, a crescut incidenţa bolii la adulţi. În perioada 1995-1997, numărul cazurilor aproape s-a dublat (de la 265, la 499). Cel puţin jumătate dintre acestea sunt rezultatul infectărilor heterosexuale, iar o parte însemnată prin folosirea în comun a seringilor, în cazul utilizării drogurilor injectabile. La 1 ianuarie 2001, fusese înregistrat un total de 9.763 de cazuri cumulate – copii şi adulţi. 80

1.4.3 Controlul deficitar al bolilor cu transmitere sexuală

În România nu există informaţii exacte în legătură cu evoluţia bolilor cu transmitere sexuală. Înainte de 1989, funcţiona un sistem centralizat de supraveghere. Actualmente, datele despre HIV/SIDA, sifilis şi gonoree provin din rapoartele medicilor, care, după cum prevede legea, trebuie înregistrate.

Singura boală care beneficiază de o monitorizare cât de cât exactă este sifilisul. Controlul se aplică în general pacienţilor spitalizaţi, donatorilor de sânge, femeilor însărcinate, pacienţilor cu boli cu transmitere sexuală, deţinuţilor, prostituatelor şi celor care utilizează droguri cu administrare intravenoasă. Informaţiile, care circulă în reţeaua naţională a serviciilor medicale, sunt furnizate de clinicile şi spitalele de dermato-venerologie.

Cei infectaţi cu sifilis beneficiază de tratament gratuit. Prin lege, pacienţii au obligaţia de a comunica partenerilor lor că sunt infectaţi (Decretul 141/1953). Celelalte boli cu transmitere sexuală - gonoreea, tricomonaza, candidoza, infecţia cu chlamydia - pot fi diagnosticate şi tratate de medici de obstetrică-ginecologie şi de personalul medical din unele clinici de planificare familială. Foarte multe cazuri se tratează în sectorul privat, ceea ce face ca multe dintre acestea să nu se regăsească în statisticile oficiale, din cauza confidenţialităţii datelor.

Supravegherea stării infecţiei HIV are un regim special, care asigură diagnosticare, raportare şi tratament în clinicile de boli infecţioase. În general, testarea HIV este voluntară, excepţie făcând donatorii de sânge, gravidele, grupurile de oameni cu risc înalt de infecţie din reţeaua de sănătate naţională sau de la unităţile sanitare.

Studiul *Sănătatea Reproducerii România* 1999, publicat în 2001, arată că cele mai frecvente infecţii cu transmitere sexuală, diagnosticate la femei, au fost

80 Relansarea reformei în domeniul sănătăţii. Strategii naţionale în domeniul sănătăţii", Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, Snagov, 5 decembrie, 2001, p. 74

candidozele vaginale şi tricomonas. Incidența acestor boli creşte o dată cu numărul de parteneri avuți de-a lungul vieții. La bărbați, cele mai des diagnosticate cazuri au fost gonoreea, tricomonaza şi sifilisul. Este greu insă de aflat care sunt datele reale.

Rezultatele anchetei *Studiului Sănătatea Reproducerii România 1999* au evidențiat o situație la sifilis şi la gonoree de 10 ori mai mare, printre bărbații de 15-49 de ani, decât cea estimată de OMS pentru România.81 Oamenii, pe de o parte, privesc bolile cu transmitere sexuală, care nu au simptome deosebite, cum ar fi gonoreea, cu mai puțină seriozitate, considerând că sunt mai uşor de tratat, iar, pe de altă parte, manifestă multă teamă față de stigmatul social. De aceea ei se îngrijesc mai mult în sectorul privat sau la domiciliu, situație care face ca cele mai multe cazuri să nu fie consemnate în rapoartele oficiale.

Reforma sistemului de sănătate a impus o nouă politică medicală, care se bazează pe prevenția primară. La nivelul Ministerului Sănătății şi Familiei, există un departament de medicină preventivă, responsabil de dezvoltarea unei strategii naționale de promovare a sănătății. Au fost create politici speciale, care presupun programe separate pentru HIV/SIDA şi celelalte boli cu transmitere sexuală. Totuşi, punerea în practică a acestor programe nu a dat rezultate. O primă cauză a acestor ineficiențe o constituie lipsa informațiilor corecte privind multiplele amenințări ale bolilor cu transmitere sexuală la nivelul populației. Oamenii capătă asemenea date mai ales din presă. Rolul mass-media a fost foarte important, de asemenea, în prezentarea epidemiei SIDA, în perioada 1990-1993.82 O altă sursă, la fel de importantă, dar care nu asigură acuratețe, o constituie mediul social, adică prietenii şi cunoştințele (23%).83 Şi acest fapt evidențiază lipsa serviciilor de consiliere. Un procent insignifiant (3%) de oameni cred că cea mai bună sursă de informare o constituie educația sexuală în şcoală şi acasă. În general, oamenii au tendința de a subestima riscul acestor infecții, iar starea de ignoranță este prezentă mai ales în mediul rural.84 Doar HIV/SIDA creează nelinişti.

1.5 Educația sexuală în familie şi în şcoală

În ultimii ani, în toată lumea, se remarcă o creştere a atenției adolescenților pentru sexualitate. Schimbările culturale şi de natură socio-economică au făcut ca tinerii să devină activi sexual la vârste din ce în ce mai mici. Studiile arată că din ce în ce mai mulți tineri din România, ca cei din toate țările europene, îşi încep viața sexuală înainte de căsătorie. Această situație determină creşterea, în acelaşi timp, a numărului de parteneri sexuali şi a bolilor cu transmitere sexuală.

81 *Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999*, Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, p. 362
82 *Ibidem*, p. 351-352,
83 *Ibidem*
84 *Ibidem,* p. 370-371

Amplificarea vieţii sexuale şi creşterea numărului de adolescenţi şi tineri, care îşi încep viaţa sexuală înainte de căsătorie, face să se mărească şi numărul de sarcini aşa-numite „nedorite". Din păcate, instituţiile de specialitate din România, Ministerul Sănătăţii, Ministerul Educaţiei nu au găsit încă răspunsuri adecvate la aceste probleme, iar societatea civilă nu este pregătită pentru activităţi complexe, care cer experienţă de organizare şi costuri mari financiare. Lucrurile se dovedesc a fi greu de controlat şi pentru că lumea românească se află într-o schimbare foarte rapidă. „Este trist şi revoltător să vedem tot mai multe adolescente însărcinate, care aleg pruncuciderea drept rezolvarea problemelor",85 declară preşedintele Ion Iliescu, pus în faţa acestei situaţii.

Dr. Christa Todea-Gross, coordonatoarea Proiectului „Pentru Viaţă" de la Cluj-Napoca, creionează un tablou sumbru: „Datele statistice obţinute în urma procedurilor de consiliere, efectuate la Clinica de Obstetrică-Ginecologie I, cu aprobarea binecunoscutului profesor universitar dr. Ioan V. Surcel, arată faptul că, în anul 2002, în Clinicile de Obstetrică şi Ginecologie din Cluj-Napoca, s-a înregistrat un număr mare de avorturi în rândul elevelor şi studentelor. Un procent de 20% dintre acestea au fost efectuate «la cerere». Dacă în anul 2001, elevele care solicitau un avort erau majoritatea din clasele a XI-a şi a XII-a, în ultimul timp (în special, pe parcursul anului 2003), vârsta lor a scăzut foarte mult, majoritatea dintre solicitante fiind din clasele a X-a şi a IX-a. Mai mult, au început să solicite avort şi eleve de clasa a VIII-a."86 „Sunt multe eleve cu 2-3 avorturi, vârsta lor scade tot mai mult şi mă simt obligată să sesizez direcţiunile şcolare, inspectoratele şcolare şi, nu în ultimul rând, Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Educaţiei, pentru a se lua măsuri de prevenire a acestor probleme atât de grave şi atât de actuale."87

Profesorul universitar dr. Justin Diaconu, de la Spitalul Clinic de Boli Dermato-Venerologie „Prof. Dr. Scarlat Longhin", Bucureşti, susţine că limita debutului în viaţa sexuală la fete a ajuns în jurul vârstei de 9 ani, justificând astfel trista realitate: „Relaxarea morală de după revoluţie a permis apariţia acestui fenomen".88 În 1999, conform studiilor efectuate de autorităţi, vârsta medie a primului contact sexual era de 19,5 ani, în descreştere faţă de 1993, când această vârstă era de 20,5 ani. Proporţia femeilor care şi-au început activitatea sexuală, înainte de 20 de ani, era de 56%, în timp ce, la bărbaţi, la aceeaşi vârstă, era de 80%.89

Educaţia sexuală a adolescenţilor şi tinerilor constituie un domeniu care nu a fost destul dezvoltat şi analizat. Rezultatele înregistrate în ţările occidentale ridică semne de întrebare asupra strategiilor aplicate. În anii '80, în şcolile şi liceele din

85 Ziarul „Curentul", 10 martie 2003
86 Dr. Todea-Gross, Christa, vezi Dosar Provita Media nr. 30 (http://www.provita.ro)
87 Dr. Todea-Gross, Christa, vezi Dosar Provita Media nr. 27 (http://www.provita.ro)
88 Ziarul „Naţional", 4 martie 2003
89 *Relansarea reformei în domeniul Sănătăţii. Strategii naţionale în domeniul Sănătăţii*, MSF, CNAS, Snagov 5 decembrie 2001, p.74

SUA, a început să se predea educaţia sexuală. Adolescenţii şi tinerii primeau mai ales informaţii despre cum să evite consecinţele relaţiilor sexuale („sarcini nedorite" şi BTS). La acestea se mai adăugau indicaţiile despre avorturi şi despre utilizarea mijloacelor contraceptive. Chiar de la început s-a înţeles că aceste mesaje vor eroda relaţiile de familie, pornind de la excluderea totală a părinţilor din acest tip de comunicare. Organizaţiile de planificare familială (cu precădere International Planned Parenthood Federation, care are reprezentare la nivel internaţional, inclusiv în România, prin organizaţia SECS) au nesocotit în mod programatic crearea unui cadru moral, necesar înţelegerii corecte a temelor de pe agenda educaţiei sexuale. Activiştii planificării familiale aveau alte „ţinte". Astfel, au impus tinerelor generaţii o concepţie hedonistă despre educaţie. Desacralizarea sexualităţii a accentuat viaţa sexuală. Fenomenul vieţii sexuale precoce face deja multe victime. Creşte ameninţător numărul de adolescente însărcinate în afara căsătoriei, SUA şi Marea Britanie fiind campioane. Aceste experienţe triste trebuie să constituie teme de meditaţie pentru reprezentanţii instituţiilor româneşti, care pregătesc programe de educaţie sexuală.

Până în 2003, în România, au fost semnalate câteva încercări sporadice de implementare a unor programe de educaţie sexuală în şcoli. Prof.dr. Daniela Călugăru şi Ioan Leon Naroşi, de la Direcţia Activităţi extraşcolare a Ministerului Educaţiei şi Cercetării, care se ocupă cu punerea în practică a unui asemenea program la nivelul Bucureştiului, recunosc că „nu au fost obţinute rezultatele scontate" până acum.90 Prof. dr. Justin Diaconu a propus Parlamentului, de mai multă vreme, un program adecvat de educaţie sexuală. Comisia de Învăţământ şi cultură „a apreciat că programul este bun, însă nu există bani ca el să fie pus în practică".91

Consiliul Naţional pentru Curriculum al Ministerului Educaţiei, Cercetării şi Tineretului a elaborat şi publicat în august 2003 „Programe pentru sănătate, clasele i – XII-a". Coordonatorul acestui program, Ioan Leon Naroşi, director general la Ministerul Educaţiei, Cercetării şi Tineretului, consideră că tema vieţii sexuale trebuie abordată în programele şcolare pentru că „este firesc să fie abordată. Vedem că, în ultimul timp, televiziunile, la ore de maximă audienţă prezintă violuri, fetiţe la vârste din ce în ce mai fragede, care nasc sau care-şi omoară pruncii, care au boli cu transmitere sexuală. Era de datoria noastră să ne ocupăm de această problemă, apelând la psihologi şi la specialişti în ceea ce înseamnă igiena sexuală şi viaţa sexuală asumată. Până acum, în şcoli, erau prezentate asemenea teme, în cadrul orelor de dirigenţie. Existau forumuri de discuţii, pe care unii diriginţi mai inimoşi le produceau cu specialişti din sănătate sau din cadrul unor structuri neguvernamentale. De asemenea, existau programe pe care ministerul nostru le-a agreat şi le dezvolta în parteneriat cu diferite structuri neguvernamentale, în care se pune un accent mai

90 Ziarul „Naţional", 4 martie 2003
91 Ibidem

mult sau mai puțin pe educația sexuală. Chiar pe ideea de contracepție. Exista o sumă de activități, pe care noi nu le-am considerat foarte consistente și unitare."92 Acest program, însă, a stârnit multe reacții din partea susținătorilor pro-vita, considerându-se, în general, că multe idei din cuprinsul său vor determina pervertirea conștiinței copiilor și incitarea lor la viață sexuală, ceea ce presupune înclinarea lor spre contracepție și avort.

Mai multe organizații pro-vita au anunțat, la Conferința organizațiilor de acest profil, organizată la Băile Herculane, în perioada 10-12 mai 2003, că promovează asemenea activități destinate educării adecvate, în spirit pro-vita, a adolescenților și tinerilor. Organizația „Pași spre viață", de la Târgu Jiu, a susținut un curs de educație sexuală la trei licee din oraș. Adolescenții, tinerii și profesorii au manifestat o mare deschidere. Extinderea acestor programe poate avea loc în condițiile existenței a cât mai multor formatori de opinie, de preferat ca aceștia să se regăsească printre profesori, diriginți sau alți reprezentanți ai școlilor și liceelor. Fundația RCE „Speranța copilului", Arad, a anunțat deschiderea unui program de consiliere pentru prevenirea avorturilor. Acesta va fi destinat femeilor în criză, elevilor de liceu sau de școală generală, studenților și familiilor. Din experiența acumulată până acum de această organizație, reiese că succesul programului ar putea crește, dacă ar fi atrași mai mulți profesori, medici și părinți. Asociația „ACU – Slujirea vieții", Iași, a inițiat primul curs de educație sexuală pro-abstinență. În paralel, a organizat acțiuni de instruire pentru consiliere maritală la Biserica Catolică și de educație prenatală în mediul rural. Concluziile dezbaterilor pe tema educației în spiritul familiei, concluzii sintetizate de Fundația „Estera", Timișoara, sunt: „crearea unui curs unitar de consiliere și educație sexuală, introducere în manualul de anatomie de liceu a informațiilor exacte de spre evoluția sarcinii, crearea unor centre profesionale de consiliere". 93 O activitate intensă în școlile și liceele din Cluj și Iași au desfășurat Asociația Filantropică Medical-Creștină „Christiana", Cluj prin Proiectul „Pentru viață", coordonat de dr. Christa Todea-Gross și organizația „Primul Pas", de la Iași. Dr. Christa Todea-Gross de la organizația Cluj și Mihaela Simion, „Primul pas", Iași, au redactat scrisori de protest la actuala stare de lucruri, arătând, în mod explicit, care sunt căile adecvate pentru abordarea unei educații sexuale folositoare pentru copii și adolescenți, scrisori care au fost adresate ministrului Educației, Cercetării și Tineretului, în luna octombrie 2003.

Alte organizații, cum este Asociația Medicilor Creștini din România, consideră că „abstinența este o soluție temporară, ea nu poate fi impusă ca regulă, ca disciplină de viață. Cred, însă că ar trebui să se vorbească mai mult despre abstinență, despre beneficiile ei. Abstinența sexuală, încadrată într-un context al autodisciplinării, al

92 Dosar Provita Media nr.27 (http://www.provita.ro)
93 Scrisoare către autorii volumului de la Fundația „Estera", Timișoara, 13 iunie 2003

restricționării personale, al redirecționării spre alte scopuri, este foarte binevenită. Dar extremele, şi într-o parte, şi în alta, sunt dezastruoase". 94

Înainte de 1990, în România, informațiile despre biologia reproducerii erau oferite de către profesori în licee la orele de biologie şi anatomie. Cele despre bolile cu transmitere sexuală rămâneau în sarcina personalului medical asociat. După 1990, mai multe fundații şi organizații neguvernamentale, ce susțin planificarea familială, au început să ofere, în şcoli şi licee, consiliere privind „sănătatea reproducerii". Din păcate, multe dintre informațiile puse la dispoziție de susținătorii planning-ului familial, deosebit de activi, sunt trunchiate. Cei care le oferă nu urmăresc decât folosirea pe scară largă a contraceptivelor. Discursurile lor se rezumă la o publicitate mascată a acestor „produse", uitând să adauge informații utile despre consecințele nefaste, de ordin moral şi fizic, ale avortului şi ale unei vieți sexuale prea timpurii.

Este bine să se meargă la cauzele adânci ale acestor realități. Părinții şi profesorii bine informați pot oferi copiilor o educație sexuală cuprinzătoare. În acelaşi timp, sunt îndreptățiți să creeze o atitudine morală, capabilă să facă față valului de pornografie şi violența exacerbată din mass-media. „Standurile cu reviste porno, literatura pornografică, programele de televiziune, care încurajează crima şi abuzul de droguri şi care iau în derâdere moralitatea, buna creştere şi comportamentul adecvat, contribuie la crime, ilegalități şi violuri. Să încetăm să mai fim permisivi şi să ne îndreptăm atenția asupra prevenirii acestor probleme enumerate mai sus".95 Tot mai multe studii şi cercetări efectuate de sociologi şi specialişti în sexologie scot în evidență lucruri demne de luat în calcul atunci când se elaborează programe de educație sexuală pentru şcoli şi licee.

1.5.1 Rolul familiei asupra comportamentelor sexuale ale copiilor

Cercetări efectuate în Statele Unite, la Universitatea Southwest Texas, au semnalat o strânsă legătură între comportamentul violent al părinților şi activitatea sexuală precoce a adolescenților. De asemenea, tinerii ai căror părinți fumează şi consumă alcool au o probabilitate mai mare de a începe foarte timpuriu viața sexuală. Conexiunile merg şi mai departe – părinții care fumează şi beau alcool îşi împing copiii, prin comportamentul lor, spre droguri şi spre comiterea de infracțiuni.

Cercetătorii au constatat că adolescenții ai căror părinți fumau şi beau alcool sunt mai mult predispuşi să se angajaeze în relații sexuale, înainte de vârsta de 16 ani. De asemenea, un studiu realizat de Universitatea din Minnesota pentru *US National Longitudinal Study of Adolescent Health*, a analizat informații despre comportamentul sexual al 19 000 de adolescenți cu vârste cuprinse între 12 şi 18 ani,

94 Interviu cu dr. Radu, Ileana, medic de familie, psihoterapeut, vicepreşedinte al Asociației Medicilor Creştini din România, Dosar Provita Media, nr.14, mai 2003 (http://www.provita.ro)
95 Grady, John (1967) „Abortion Yes or No?", Rockfor, Illinois,Tan Books and Publishers, Inc, p. 15

subliniind faptul că părinții servesc drept modele esențiale pentru copiii lor.96 Un comportament impropriu va determina, cu o probabilitate ridicată, tendințe similare la cei din jur aflați în formare.

Raportul privind Excluderea Socială (1999) dezvăluie faptul că elevii de 14-17 ani, care locuiesc cu ambii părinți, sunt supuși unui risc mai mic de a avea relații sexuale precoce, comparativ cu cei care au un singur părinte.

Adolescenții, care primesc de la părinți o bună educație sexuală, sunt tentați mai puțin să înceapă o viață sexuală de timpuriu. Există şansa unei comunicări calitative despre sex atât pentru fete, cât şi pentru băieți, atunci când există doi părinți în familie, şi nu unul. 97

Adolescentele sunt mai puțin expuse riscului de a începe o viață sexuală precoce, dacă mamele lor, stabilind o relație strânsă, comunică deschis despre sexualitate cu ele, este concluzia unui studiu, publicat de Universitatea din Minnesota. S-a observat, de asemenea, că mamele au o influență mai mică asupra fiilor decât asupra fiicelor. Băieții se lasă mai uşor influențați în această chestiune de tații, frații sau colegii lor. 98

1.5.2 Educația sexuală prin promovarea abstinenței

Ministerul Sănătății şi Serviciilor Umane din SUA, urmărind prevenirea sarcinilor în rândul tinerelor, „promovează amânarea activității sexuale ca cel mai eficient mod de a preveni sarcinile printre adolescente şi bolile cu transmitere sexuală la tineri...”99 Organizația Mathematica Policy Research din SUA, care realizează cercetări în mod independent asupra implementării programelor de educație sexuală, finanțate la nivel federal, a emis recent un raport provizoriu. În acelaşi timp, Congresul SUA analizează eficacitatea programelor de abstinență, urmărind: reducerea activității sexuale în rândul tinerilor şi convingerea tinerilor că experiența sexuală trebuie începută la timpul ei. Organizația a cercetat timp de 4 ani

96 BBC Online, 18 septembrie 2002. Articolul poate fi citit la http://www.bbc.co.uk/1/hi/health/2264447.stm

97 McNeely *et al*, *Mothers' influence on the Timing of First Sex Among 14 and 15 year-olds*, „Journal of Adolescent Health”, nr.31, 2002, p. 256-265; http://www.allaboutkids.umn.edu

98 BBC Online, 30 august 2002, la http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/2223115.stm; Blake S.M. *et al*, Effects on parent-child communications intervention on young adolescents' risk for onset of early intercourse, *Family Planning Perspectives*, 2001, nr. 33, p. 52-61

99 Mathematica Policy Research, *The Evaluation of Abstinence Education Programs Funded Under Title V Section 510: Interim Report*: http://www.mathematica-mpr.com/PDFs/evalabstinenc.pdf. HHS teen pregnancy statistics and policy: US Department of Health and Human Services, HHS fact sheet, 31 ianuarie 2002, la http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/teenpreg.html şi, Comunicat de presă, 6 iunie 2002, la: http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/teenpreg.html

implementarea programelor de educație sexuală, care promovează abstinența sexuală în SUA.

În 1996, Congresul american a aprobat o sumă anuală de 50 de milioane de dolari pentru promovarea abstinenței. Finanțarea a devenit disponibilă pentru toate statele, în 1998, în conformitate cu precizările Secțiunii 510 a Legii Protecției Sociale. Programele de educare prin abstinență, ce folosesc fonduri obținute pe această cale, promovează un mesaj clar în acest sens şi nu susțin utilizarea contraceptivelor. Congresul SUA intenționează să crească sumele de bani alocate promovării abstinenței sexuale la adolescenți, de la 50 de milioane de dolari, la 135 de milioane anual. În peste o treime din şcolile americane este predată educația sexuală, susținându-se ideea abstinenței sexuale până la căsătorie, în cadrul a 700 de programe, susținute în toate statele.

Organizația Mathematica Policy Research a subliniat că "majoritatea participanților la aceste programe arătau o deschidere mare față de criteriile impuse" şi că "educarea prin această metodă oferă mai mult decât un simplu mesaj în favoarea abstinenței". Aceste programe pun accentul pe învățarea autocontrolului, pe cultivarea valorilor şi formarea caracterului şi personalității, evitându-se manifestarea unui comportament riscant. „Tinerii arată mai multă receptivitate în special la personalul care dovedeşte un angajament puternic şi fără echivoc, în concordanță cu mesajul programului".100

Evaluările scot în evidență că mesajele şi-au făcut efectele: comportamentul în favoarea acestei atitudini a crescut foarte mult printre adolescenți. Numărul liceenilor, care declară că au avut relații sexuale, a scăzut de la 54%, în 1991, la 46%, în 2001. Rata sarcinilor printre liceene a scăzut, în schimb au crescut utilizarea prezervativului şi nivelul bolilor cu transmitere sexuală, realitate confirmată de statisticile Centrelor SUA pentru Controlul Bolilor.101

La sfârşitul anilor '80, a fost înregistrată o creştere constantă a naşterilor în rândul adolescentelor. În perioada 1991 şi 2001, însă, de la introducerea acestor programe, în toate cele 50 de state, fenomenul naşterilor timpurii a intrat în declin. La nivel general, din 1991, numărul sarcinilor la adolescente a scăzut cu 26%. Din analiza rezultatelor programelor „pentru virginitate", publicate în revista *The Journal of the American Medical Association*, reiese că nivelul activității sexuale printre adolescenții, care au adoptat un astfel de comportament, era cu 25% mai mic în comparație cu cei care nu şi-au asumat un asemenea model de viață. 102

Un raport al UNICEF subliniază faptul că Marea Britanie se află pe locul doi în topul țărilor dezvoltate cu rata gravidității mare la adolescente. Pe lângă cauza deficienței educației sexuale, studiul arată că această situație a fost determinată de

---

100 *Ibidem*

101 Abstinence funding: *Newsweek*, 9 decembrie 2002, http://ar.nesbank.com/arsearch/weArchives?p_action=doc&p_docid=0F7D395248

102 *Ibidem*

existența convențiilor sexuale prea relaxate. Adolescenții nu sunt pregătiți să facă față presiunilor privind sexualitatea.

Numărul naşterilor în rândul adolescentelor din Marea Britanie, cu vârstă cuprinsă între 15 şi 19 ani, se ridica la 30,8 de cazuri la 1000 de naşteri în 1998. În aceeaşi perioadă, S.U.A. avea cea mai înaltă rată, de 52,1 de cazuri la 1000 de naşteri. Cifrele din 2001 arată că a existat o scădere a acestui coeficient, ajungând la 45,9 cazuri la 1000 de naşteri în SUA. Cea mai mică rată, în țările din Uniunea Europeană, a fost atinsă în Elveția (5,5 cazuri la 1000 de naşteri).

Carta Albă a guvernului Marii Britanii, întitulată *Graviditatea în rândul adolescentelor*, arată că, în 1999, doar 10% din aceste sarcini apăreau în cupluri căsătorite. Cu douăzeci de ani în urmă, situația era mult mai bună, corespunzând unui procent de 60%. „Cifrele subliniază o problemă majoră: eşecul contracepției în rândul adolescenților. Creşterea constantă a numărului sarcinilor neintenționate printre adolescente coincide cu oferta largă a mijloacelor de contracepție, îndepărtarea controlului părinților asupra adolescenților şi promovarea unui sistem de valori care absolvă individul de responsabilitatea actului sexual. Contraceptivele nu sunt de mare ajutor pentru tineri".103

2. EUTANASIA

În absența unei culturi a vieții, cultura morții se insinuează în toate actele omului, camuflându-i conştiința secătuită, ce se situează la limita eticului. În aceste condiții, eutanasia, înțeleasă ca posibilitatea omului de a-şi hotărî în mod deliberat momentul şi modalitatea morții sale, de a-şi alege o metodă, care nu numai că îi accelerează apropierea de moarte, dar, pe cât posibil, îl fereşte de durere, ca şi problema sinuciderii, capătă tot mai multă legitimitate. Omul se simte îndreptățit să-şi aleagă o „moarte mai bună", socotind acest fapt ca un drept al său. Modul nedureros, prin care vrea să părăsească lumea sa este considerat un mod de „a muri demn". Cel mai adesea a fost invocat, ca argument, sentimentul de compasiune, în relație cu suferința grea a unui bolnav. Adevărul este că, mai presus de orice bănuială, omul cu conştiința sleită doreşte uşurarea propriei suferințe, decât cea a celorlalți.

În cultura teologică, sinuciderea a fost tratată, pornind de la învățăturile Scripturii şi ale Sfinților Părinți. Astfel, Sfântul Augustin consideră că „cine se ucide pe sine este ca şi cum ar ucide pe alt om".104 Să înțelegem, aşadar că omul, care-şi ia singur zilele, nu este vinovat doar pentru lipsă de înțelegere față de sine, ci, mai mult, produce un atentat la adresa dreptății, fundament al vieţuirii umane. Sfântul Toma reaminteşte învățătura Scripturii, arătând că viața este un dar şi nu un drept. Omul a primit-o nu ca pe o recunoaştere a meritelor sale, ci prin hotărâre liberă a lui

103 BBC on line: http://www.news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_2014000/2014175.stm
104 Sfântul Augustin, *De civitate Dei*, Iaşi, Goldner, 1936, cap. 20

Dumnezeu. Pornind de la acest argument, Sfântul Toma oferă trei tipuri de raţiuni, care exclud sinuciderea din sfera omului. Orice fiinţă, născută din iubire şi cu iubire de sine, tinde să supravieţuiască şi să-şi lărgească existenţa. De aceea, gestul de a accepta moartea vine împotriva naturii sale. Sinuciderea este îndreptată împotriva naturii, împotriva dreptăţii şi împotriva carităţii. Persoana umană, pe de altă parte, se defineşte şi prin calitatea relaţiilor sale cu comunitatea. Omul este creat ca o fiinţă singulară, dar are datoria de a deveni, prin deschidere, o componentă a unei comunităţi. Cel care se ucide pe sine face o nedreptate celor din jur. Reneagă, în felul acesta, raportul de justiţie şi de caritate faţă de aproapele său.

Pornind de la învăţătura Scripturii, prin care viaţa este înţeleasă ca un dar dumnezeiesc şi nu ca un merit al omului, sinuciderea este înţeleasă ca o uzurpare a dreptului „donatorului", a lui Dumnezeu. Omul, în felul acesta, dovedeşte nerecunoaşterea stăpânirii lui Dumnezeu. Omul a fost creat ca un individ, iar umanitatea sa se exprimă în relaţie cu ceilalţi. El este o parte a comunităţii căreia îi aparţine.

Dorinţa de a înlocui „răul cel mare" al suferinţei, cu „cel mic" al morţii, nu are o motivaţie care să se susţină. În tradiţia filozofică şi religioasă, moartea este considerată răul cel mai mare al acestei vieţi. În nici un moment, suferinţele vieţii nu întrec daunele produse de moarte. Credinciosul, susţinut de credinţa şi adevărurile pe care şi le asumă, înţelege să se realizeze pe sine, ca un proiect al lui Dumnezeu. Nu există lege „naturală", în afară de voinţa care l-a creat. Dificultăţile, suferinţele vieţii trebuie înţelese ca o cale de izbăvire.

2.1 Eutanasia şi avortul

Viaţa umană, în orice stadiu ar fi, pornind de la demnitatea şi valoarea ei inerentă, trebuie protejată din momentul concepţiei până în cel al morţii naturale. Civilizaţia modernă, o dată cu legalizarea avortului, a devenit mult mai permisivă faţă de păcatele şi crimele îndreptate împotriva demnităţii vieţii. Avortul, prin efectele sale, poate fi pus alături de alte fenomene, cum ar fi violul, abuzarea copiilor sau terorismul. Toate aceste atitudini antiumane alcătuiesc cadrul propice dezvoltării unei culturi a morţii, care se amplifică ameninţător. Societatea contemporană creează numeroase avantaje acestor atitudini nespecifice omului.

Avortul şi eutanasia s-au influenţat reciproc, ambele dezvoltându-se din lipsa de respect faţă de viaţa umană. Când a fost legalizat avortul, promotorii acestui sistem legislativ şi-au justificat atitudinea susţinând că la practica avortului se va apela ca la o ultimă soluţie. Treptat, peste tot în lume a fost adoptată o legislaţie tot mai liberală, iar metodele abortive s-au înmulţit. Astfel la metodele „clasice" se adaugă, an de an, altele noi, prin care embrionul este atacat încă din primele momente după concepţie.

Revoluția sexuală, declanşată la începutul anilor ’60, a condus la o schimbare radicală a definirii persoanei umane.105 Separarea sexualității de fertilitate a avut ca efect desacralizarea actului de concepție. S-au conturat astfel câteva modele privind înțelegerea concepției. Omul a devenit prizonierul plăcerii, iar etica hedonistă a propagat o cultură în care durerea şi suferința au devenit contravalori. Acest model etic face posibilă confuzia fericirii cu plăcerea fizică, cu satisfacția simțurilor. Omul, pierzându-şi sensul religios, care constituie, de fapt, sensul lui fundamental, şi-a asumat o libertate nelimitată, devenind prizonierul unui subiectivism exacerbat, ceea ce a făcut ca să dispună întru totul de viața şi de moartea sa. Medicinii, ca instrument perfecționat, i se cere să-i asigure omului integritatea fizică, psihică şi socială şi o moarte nedureroasă. Eutanasia este înțeleasă ca o cale de a înlătura durerea şi agonia. De fapt, de a înlătura un mister nepătruns, acela al suferinței, care premerge morții.

Într-un asemenea cadru de relativism moral, unde avortul a căpătat dimensiuni nemaiîntâlnite în istorie, se amplifică tendințele, care decurg din mentalitățile abortive: cercetarea pe embrionii umani (alegerea sexului, schimbarea sexului, eugenia), clonarea şi eutanasia. Punctul de vedere consumist şi pragmatic domină asupra scopurilor şi mijloacelor vieții. Cercetările pe embrionii umani au fost generate de conceptul de îmbunătățire a „calității vieții”, un concept fundamental al viziunii utilitariste. Granița dintre om şi natură a devenit tot mai subțire, iar ideile materialismului au impus acceptarea conceptului de evoluție asupra naturii morale.

Dezbaterile din anii ’70-’80, care au dat răspunsuri incorecte asupra problemei avortului, au deschis şi calea ofensivei eutanasiei. Noțiunea de eutanasie a fost introdusă mai întâi în secolul al XVII-lea, însemnând „moarte uşoară”.106 Ea s-a lărgit rapid, astfel încât, în secolul al XVIII-lea, desemna acțiunea de moarte blândă, iar în sec. al XIX-lea, „moarte din milă”. Actualmente, noțiunea şi-a adăugat noi semnificații, însemnând „a omorî din milă pentru a suprima suferințele extreme sau a evita copiii anormali, dezvoltarea bolilor incurabile sau a maladiilor psihice, evitând o viață imposibil de suportat, ce implică greutăți prea mari pentru familie sau societate”.107

Pornind de la definirea intențiilor şi mijloacelor, se face uneori distincție între eutanasie activă, când este bine conturată dorința de a cauza moartea „prin administrarea unei injecții letale”,108 şi eutanasie pasivă, când intenția vizează atenuarea durerilor unei boli sau ale unei agonii, existând riscul asumat de a suprima viața prematur (când se suprimă tratamentul care menține în viață o persoană

105 Dumea, Claudiu, *Omul între «a fi» sau «a nu fi»/Probleme fundamentale de bioetică*, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, Bucureşti, 1998
106 Seaudeau, Jacques (Mons.), *Le probleme de l’euthanasie, de l’avortement et de SIDA dans l’Europe de l’Est* în *Congresul Internațional «Familia şi viața la începutul unui mileniu creştin»*, Bucureşti, 2002, p. 256-257
107 *Ibidem*
108 *Ibidem*

bolnavă). Din punct de vedere moral, nu există diferențe între aceste două poziții, în amândouă cazurile fiind prezent scopul intenționat de a priva de viață pe cineva. Eutanasia poate fi înțeleasă drept o omucidere voluntară, care exclude suicidul şi moartea survenită, în urma aplicării unui tratament, administrat cu scopul de a întrerupe durerea.

Au existat multe cazuri de eutanasie în istorie. În Sparta, de exemplu, copiii malformați erau expuşi şi omorâți în public, fiind considerați o povară pentru societate. Puncte de vedere similare au fost susținute de Aristotel şi Platon. În perioada modernă, există momente când eutanasia a fost practicată programat. Regimul nazist a eliminat, „prin privare de valoare vitală", mii bătrâni, copii şi femei, în perioada 1939-1945. Eutanasia, în acest caz, a avut motive rasiste, eugeniste şi utilitariste.109

Eutanasia, ca „moarte din milă", a revenit în dezbaterea publică, în anii '50. O dată cu legiferarea avortului, controversele s-au extins. În anul în care în Marea Britanie a fost legalizat avortul (1967), Euthanasia Society of America publică documentul „Testamentul vieții" („The Living Will", autor: Luis Kutner), care va sta la baza elaborării legii „privind autodeterminarea pacientului, prin care cetățenii pot cere, prin testament, aplicarea procedurilor de eutanasie". Deşi a fost semnat de aproape 15% dintre americani, efectele eutanasiei s-au resimțit în mod brutal: a crescut brusc numărul deceselor prin eutanasie directă sau prin suicid.110

Prima țară care a legalizat eutanasia a fost Olanda (decembrie 1993). Numărul cazurilor de „moarte blândă", înregistrate în mod oficial, a crescut de la an la an. Astfel, de la o 1329 de cazuri în 1993, la 3600 în 1995, ceea ce reprezintă 2,6 % din numărul total al deceselor din această țară. În acest moment, se estimează că, în Olanda, au loc, anual, peste 4000 de decese provocate la cerere. Neliniştile comunității mondiale cresc sub efectul unei asemenea legislații. În 1994, Australia a adoptat o lege privind „consimțământul tratamentului medical şi paliativ", fapt ce a permis câteva cazuri de eutanasie voluntară. Un act legislativ similar a fost aprobat în statul Oregon, SUA. Dreptul de a muri, în cazul persoanelor care suferă de boli incurabile, a fost acceptat, printr-o hotărâre a Curții Supreme a Statelor Unite, excluzând suicidul asistat.

Schimbările conceptului de eutanasie, determinate atât de dezbaterile publice din ultimii ani, cât şi de realitățile, care, de multe ori, o iau înaintea normelor, au scos în evidență relativitatea multor puncte de vedere. Astfel, noțiunea de „incurabilitate" a căpătat mai multe definiții. De fapt, înțelesul ei depinde de mijloacele puse în joc, existând, în multe cazuri, riscuri crescute de eroare de diagnoză. Medicii, în general, preferă să judece mai mult ca specialişti şi mai puțin ca oameni capabili de compasiune.

---

109 *Ibidem*
110 *Ibidem*

Cei care justifică eutanasia prin milă riscă să arunce multă confuzie asupra acestui sentiment profund uman. Suferința unui bolnav nu presupune doar durere fizică, iar, pe de altă parte, durerea nu este proprie doar bolnavului, ci şi celor care asistă la suferința bolnavului.

Deraparea noțiunii de milă apare în mod evident la acceptarea legislației favorabile eutanasiei. În felul acesta, juriştii pot participa, cu sau fără vrerea lor, la „eliminarea" părinților, în cazul unei eventuale moşteniri, sau la achitarea unor criminali adevărați. Foarte multe abuzuri au fost posibile în Olanda, pornind de la aplicarea legii eutanasiei.111

2.2 Eutanasia în România

În România, nu există încă un act normativ care să facă referire la eutanasie. Nu există prevederi referitoare la suicid. Constituie infracțiune doar ajutorul acordat persoanelor care se sinucid.

Din ancheta efectuată de autorii cărții a reieşit că fenomenul eutanasiei este privit cu dezinteres de toate instituțiile laice. Guvernul nu şi-a precizat poziția în mod oficial, iar reprezentanții partidelor politice n-au putut să ofere un răspuns coerent. Doar reprezentanții cultelor şi bisericilor şi-au afirmat împotrivirea față de practicarea eutanasiei.

Pe agenda celor trei comisii locale de bioetică a căror activitate este condusă de Comitetul Național de Bioetică al Bisericii Ortodoxe Române, tema eutanasiei se află alături de alte câteva, considerate prioritare: avort, anticoncepționale, eugenie, inginerie genetică (implantul de celule embrionare), fecundare *in vitro*, clonare. Nu a fost emis un punct de vedere oficial al Bisericii, dar au fost consemnate foarte multe luări de poziții ale reprezentanților ei. „Problema eutanasiei este cercetată de Biserica Ortodoxă Română. Se pleacă de la considerațiile generale că Biserica Ortodoxă este în favoarea a tot ceea ce slujeşte viața şi omul. Biserica Ortodoxă este împotriva practicării eutanasiei pentru că viața, potrivit învățăturii creştine, este un dar primit de la Dumnezeu. Nimeni nu are dreptul să ia viața nimănui. În fața acestui adevăr, nu se susține nici punctul de vedere medicale, după care, prin eutanasie, i se uşurează suferința omului. Viața este un dar de la Dumnezeu şi numai Dumnezeu are dreptul să-i judece sfârşitul".112

Biserica Romano-Catolică: „În învățătura Bisericii Catolice, viața este sacră şi inviolabilă. Nu există viață lipsită de sens, de valoare, de demnitate. Atunci când Biserica condamnă eutanasia, se bazează pe câteva principii şi adevăruri creştine fundamentale. Primul principiu este acesta: numai Dumnezeu este stăpânul vieții. Omul nu poate dispune de viața sa sau a altuia, fără a atenta la suveranitatea lui Dumnezeu şi fără a-şi revendica titlul de Dumnezeu. Medicul care, conform

111 *Ibidem*

112 Interviu cu pr. Constantin Stoica, purtător de cuvânt al Patriarhiei Române, interviu acordat autorilor

jurământului lui Hipocrate, este slujitorul vieții nu al morții, nu poate lua viața unui om la cerere, căci cel care o cere nu-i poate acorda un drept pe care medicul nu-l are. Orice legislație trebuie să recunoască, să consfințească şi să apere dreptul fundamental la viață şi nu la moarte.

În al doilea rând, în viziunea creştină nu există suferință inutilă. Boala, moartea, suferința au fost răscumpărate, sacralizate prin moartea lui Cristos pe Cruce. Unită cu suferința lui Cristos, suferința creştinului, din rod al păcatului, se transformă în instrument al mântuirii proprii şi al mântuirii lumii. Drama bolnavului incurabil sau aflat în faza terminală este în primul rând de ordin psihologic. Să nu uităm că rugămințile bolnavilor foarte gravi, care, uneori, cer moartea, nu trebuie înțelese ca fiind expresia unei adevărate voințe de eutanasie; ele sunt aproape întotdeauna cereri după ajutor şi afecțiune ale unor suflete răvăşite de tulburare" (Pr. Emil Moraru, Parohia Romano-Catolică „Sf.Apostoli Petru şi Paul").113 „Conform teologiei morale, fiecare om are dreptul la moarte naturală. Eutanasierea ființei umane este omor deservit la cerere, ajutor dat la sinucidere" (Lorant Kemenes, vicar parohial, Parohia „Sf.Ioan Botezătorul", Târgu Mureş, responsabil cu problemele de mass-media al Arhiepiscopiei Romano-Catolice din Alba Iulia).114

Biserica Română Unită cu Roma, Greco-Catolică: „Eutanasia este o metodă de suprimare a unei vieți în condiții şi stări de suferință sau «inutilitate socială» extreme. Oricât ar părea de interesant numele acesteia, precum şi motivația că prin aceasta se procură o moarte uşoară, senină, în realitate, este o crimă. Viața nu ne aparține şi atunci nu putem dispune de ea liber. Mai mult, există o concepție creştină, care ne interzice să prelungim artificial sau să suprimăm viața cuiva. Aceasta deoarece suferința nu se încheie pe pământ şi are valență materială şi spirituală cu contrapondere în fericirea veşnică în care credem şi pe care o propovăduim" (Lucian, Arhiepiscop şi Mitropolit, Mitropolia Română Unită cu Roma, Greco- Catolică).115

Biserica Evanghelică Română: „Eutanasia este strâns legată de practicile avortului. Omul nu mai este ucis înainte de a se naşte, ci înainte de a-şi sfârşi viața. Din moment ce avortul este legalizat, liberalizat, urmează inevitabil acceptarea progresivă a eutanasiei. Această metodă de provocare a unei morți nedureroase unui bolnav incurabil pentru a-i curma o suferință îndelungată şi grea, începe a fi folosită pentru terminarea vieții bătrânilor sau a persoanelor «nefolositoare» (copii, adulți, tineri cu diverse handicapuri majore).

Din cauza avortului, se pierde respectul şi se elimină ocrotirea vieții umane în orice stadiu al dezvoltării ei, deci eutanasia nu face decât să fie al doilea pilon pe care omul fără Dumnezeu îşi sprijină dorința de a avea controlul total asupra existenței umane. În aceste condiții, se însuşeşte principiul pronunțat de Hitler că, la

113 Scrisoarea Arhiepiscopiei Romano-Catolice către autorii volumului (22 iulie 2002)
114 Scrisoare adresată autorilor (4 august 2002)
115 Scrisoarea Mitropoliei Române Unite cu Roma, Greco-Catolică nr. 908, 9 septembrie 2002, adresată autorilor volumului

orice vârstă, «consumatorii inutili sunt o povară pentru societate şi viaţa lor trebuie curmată». Singurul care poate limita o viaţă este este Dumnezeu. El spune clar «să nu ucizi». Eutanasia, ca şi avortul, este o crimă şi noi nu suntem de acord cu asemenea practici."116 (Preşedinte al Bisericii Evenghelice Române, Petre Miu)

Cultul musulman: „În religia islamică, eutanasia este interzisă deoarece religia acordă o mare importanţă omului şi vieţii acestuia şi, în acelaşi timp, o şi protejează. În Coran, Dumnezeu porunceşte: «... Nu ucideţi sufletul pe care Dumnezeu vi l-a interzis» (Surat al Enam, verset 151); «... Şi nu vă ucideţi voi înşivă! Dumnezeu este îndurător cu voi!» (Surat al Nisa, verset 29). Omul în viaţă poate să întâmpine mii de greutăţi, însă, pentru a le trece cu brio, trebuie să rabde, să se roage şi să-i ceară ajutor lui Dumnezeu".117 (Muftiu Bagis Sanghirai, şeful Cultului musulman din România)

Federaţia Comunităţilor Evreieşti din România susţine că nu a cercetat încă problema eutanasiei şi nu poate da un răspuns.

116 Scrisoarea Bisericii Evanghelice Române, adresată autorilor volumului, 2 august 2002
117 Scrisoarea Muftiatului cultului musulman adresată autorilor volumului, 15 octombrie 2002

ORGANIZAȚIILE PRO-VITA

1. Promotorii mişcării pro-vita

Activitatea pro-vita în România nu are nici pe departe dimensiunea pe care o cere realitatea tristă a avortului şi a copiilor părăsiți de părinți. Ani în şir, după 1990, presa, atât cea românească, dar şi cea străină, au adus în atenția opiniei publice situații şi cazuri dintre cele mai îngrijorătoare şi stranii.

Aspectele acestei inerții sunt multiple şi se cer a fi analizate cu răbdare şi îngăduință. În primul rând, e firesc să reamintim că urmele celor 50 de ani de comunism nu s-au şters, nici din câmpul realității social-economice, nici de la nivelul mentalităților şi al stării morale. Schimbarea, de la un sistem centralizat şi autoritarist, la unul clădit pe valorile democrației, a produs crize sociale şi blocaje de infrastructură. Această față vizibilă a realității are un corespondent, cel puțin cu aceeaşi configurație a proporțiilor, la nivelul mentalului, sau, mai adânc, al viziunii despre viață. Jumătate de secol de ateism a atras confuzii fundamentale. Efectul lor a generat stridențe, care întunecă tot câmpul realității.

Eşecul politicilor demografice, inițiate de regimul comunist, în perioada 1957-1989, nu şi-au stins efectele. Începând cu anii '80, atât familiile, cât mai ales copiii au avut mult de suferit de pe urma declinului economic. Ritmul foarte rapid al schimbărilor sociale, petrecute după 1990, a creat un bun cadru de manipulare a valorilor. De cele mai multe ori, vocile câtorva lideri de opinie pro-vita ori au fost reduse la tăcere ori mesajele lor au fost distorsionate, creându-se impresia că reînvie ideologiile regimului comunist.

Poetul Ioan Alexandru, un suflet cu mare credință, ataşat valorilor Bisericii şi Tradiției, scria, în anii cei mai grei ai dictaturii (1985): „Căsătoria nu-i un loc lesnicios de a câştiga plăceri, nici o asigurare a neputințelor de la bătrâneşte, ci este comuniune şi dăruire. Scopul căsătoriei este desăvârşirea personală a soților şi procreația. Şi totuşi, în lumea postmodernă, tot mai multe familii nu-şi doresc copii. Sunt şi familii sterile, care nu pot face copii, de aceea trebuie precizat faptul că sexul nu este numai pentru copii şi pentru comuniune. Este un mod de a-şi manifesta dragostea soții, unul față de celălalt. Din această perspectivă, scopul final al relației conjugale nu este numai procrearea, şi nici împlinirea personală, ci lucrarea reciprocă a soților la mântuirea lor. Unii argumentează atitudinea lor potrivnică poruncilor cu faptul că nu au mijloacele necesare pentru a creşte copii, nu au o casă a lor. Din nefericire însă, la spatele tuturor acestor argumente stă un egoism dus

până la limite. A avea copii înseamnă a primi binecuvântarea lui Dumnezeu în casa ta."[1]

După 1990, poetul Ioan Alexandru a devenit, mergând în răspărul atitudinilor generale, promotorul activităților de ocrotire a copiilor nenăscuți şi născuți: „Nu avorturile sunt soluția, ci înfierile... Dacă tu, Românie scumpă, nu poți să avortezi copiii, îi voi înfia eu cât sunt de bolnav şi neputincios... România se face vinovată de genocid național!"[2]

La începutul anilor '90, mişcarea pro-vita s-a dezvoltat mai ales în prelungirea activităților Bisericii şi cultelor. A rămas vizibilă multă vreme ruptura dintre restul societății şi această zonă. Deşi au existat programe şi partide care îşi asumau public valorile creştine, nu au fost remarcate acțiuni, care să îmbunătățească viața copiilor. În septembrie 1997, un grup de preoți ortodocşi şi greco-catolici, în fruntea cărora se afla preotul Anton Moisin (Sibiu), au înaintat Parlamentului un proiect de lege anti-avort. Din păcate, inițiativa a rămas blocată, la nivelul Comisiei Drepturilor Omului a Camerei Deputaților, nefiind înaintată spre dezbatere în plenul Parlamentului.[3] Reprezentații singurului partid creştin-democrat (PNȚCD), aflați la putere, nu au făcut nici un gest ca să schimbe legislația pro-avort, impusă la începutul anilor '90. Activitatea de ocrotire a copiilor a rămas la latitudinea organizațiilor de planificare familială, ale căror strategii şi le-au asumat toate guvernele din România.

În mod sporadic, în presă au apărut reacții la opacitatea clasei politice față de inițiativele şi acțiunile adepților pro-vita. Un astfel de punct de vedere a fost formulat de dr. Pavel Chirilă, preşedintele Asociației Filantropice Medical-Creştine „Christiana", Bucureşti, în 1998.[4]

Trebuie, de bună seamă, menționată „neîntrerupta lucrare a unor duhovnici, precum părinții Cleopa Ilie, Ionichie Bălan, Arsenie Papacioc, Lavrentie Sovrea, Constantin Galeriu – ca să-i pomenim pe cei mai cunoscuți şi mai căutați".[5]

Alături de poetul Ioan Alexandru, în completarea mesajelor sale luminoase, preotul Nicolae Tănase, de la parohia Valea Plopului, județul Prahova, s-a angajat, în 1990, într-un proiect ale cărui rezultate au devenit repere pentru cei care activează astăzi în acest domeniu. A început „... în două etape: una în perioada comunistă, când am făcut biserica, cu ajutorul oamenilor din sat, iar a doua etapă, după revoluție. După 1989, când împreună cu Ioan Alexandru am încercat să salvăm copiii de la pierire. O mică parte dintre aceşti copii a trebuit să-i luăm, şi aşa am

[1] Alexandru, Ioan, *Iubirea de patrie,* Bucureşti, Editura Eminescu, 1985, p. 94
[2] în Proiectul „Pentru viață", material pe CD, despre consecințele avortului, creat de Asociația filantropică medical-creştină „Christiana", Cluj-Napoca
[3] Moisin, Anton, *Ocrotirea copiilor nenăscuți,* 1997, Sibiu
[4] Ziarul „Ziua", 28 februarie - 1 martie 1998
[5] În scrisoarea trimisă de dl Sebastian Moldovan autorilor

început. Timp de 4 ani, până în 1994, am crescut copii, fără să avem o asociație cu un statut. Acum se cheamă Asociația Pro Vita pentru copii născuți şi nenăscuți."[6]

Preotul Nicolae Tănase a ajutat familiile aflate în dificultate, ca să-şi poată crește copiii. A încercat apoi să propună familiilor din parohia sa (Valea Plopului şi Valea Screzii, județul Prahova) să îngrijească de pruncii părăsiți la naştere de mamele lor. „Întâi am dat 12 copii la 8 familii, în timp de 2 zile. Era iarnă. Aveam o maşină foarte bună, încălzită. Copiii erau luați de la maternitate, erau micuți. Când mă vedeau oamenii aşa, ca un Moş Crăciun, mă întrebau ce-i cu copiii. Îi vedeau cât de frumoşi sunt. Unul din 10, când îi puneam în brațe un copil, nu mi-l mai dădea înapoi. Românii sunt buni, au această vocație, să crească copii. Problema e să nu-i condiționezi. Au fost şi cazuri mai speciale".[7]

Cu sprijinul fundațiilor străine a reuşit să construiască câteva aşezăminte, în care copiii trăiesc alături de femei, care, din motive întemeiate, au fost nevoite să-şi părăsească familiile. În primăvara anului 2003 erau, în aceste locuințe, un număr de 208 copii. „Pe unii i-am văzut la 3 ani prima dată, pe alții i-am văzut prima dată la ecograf. Dintre fete, 6 s-au măritat şi au născut 11 copii. Biserica are un mare un rol că ne schimbă în timp. Pe cei mici îi ține, iar pe cei mari îi schimbă. În total au trecut pe aici peste 1000 de copii. (...) În viitor, ... nu se întâmplă nimic mai mult sau mai puțin decât se întâmplă cu copiii satului. Se vor căsători, vor avea casele lor. Noi îi vom ajuta ca părinți, nu ca instituție. Pentru că aici este o problemă: dacă reuşim să lăsăm copilul să se descurce, după ce noi îl ajutăm. În limita în care părinții îşi antrenează copiii în treburile gospodăreşti, la fel îi antrenăm şi noi să facă aceste lucruri. Avem atelier de tâmplărie, de pictură, de sculptură, de pictură pe sticlă, pe lemn. Învață să îngrijească animalele. Avem vaci, porci şi oi şi păsări."[8]

2. Diferențele de viziune

Un moment important, pentru evoluția mişcării pro-vita, l-a constituit apariția organizațiilor în care activează medicii creştini. „Asociația Medicilor Creştini din România a luat ființă foarte curând după revoluție, după februarie 1990, din entuziasmul câtorva medici. În felul acesta, ne-am hotărât să ne structurăm într-o organizație, care să combine standardele profesionale cu filozofia de viață creştină. Este o organizație profesională, interconfesională, care cuprinde medici şi studenți. Ulterior, studenții şi-au constituit propria lor organizație, cea a studenților creştini de la medicină. Ca filozofie a practicii, ne propunem să impunem standarde profesionale, înalte şi competitive, bazate pe filozofia de viață creştină. Ca medic, important este să fii competent, instruit la standardele internaționale performante. Însă, într-o profesie ca a noastră, la fel de importantă este filozofia de viață, asta

[6] Revista *Credința ilustrată,* nr. 3, mai 3003, p. 32-33
[7] *Ibidem*
[8] *Ibidem*

însemnând caracterul de viaţă pe care-l manifeşti", mărturiseşte dr. Ileana Radu, medic de familie, psihoterapeut, vicepreşedinte al Organizaţiei Medicilor Creştini din România.[9] AMCR a luat atitudini publice faţă de avort, prin conferinţe, seminarii, declaraţii sau scrisori trimise Parlamentului.

Numărul doctorilor ginecologi, a pediatrilor, a specialiştilor neonatologi, care şi-au asumat filozofia de viaţă pro-vita, creşte spectaculos. Mulţi dinte aceştia coordonează cabinete de consiliere a femeilor cu sarcină nedorită. Au fost semnalate multe cazuri fericite, când aceste cabinete funcţionează în incinta spitalelor de profil. Fundaţia Pro Vita Medica, Timişoara, înfiinţată în 1998, a deschis un asemenea cabinet, care îşi desfăşoară activitatea în incita Spitalului Clinic nr. 5 de Obstetrică-Ginecologie din această localitate.[10]

„Dorim să oferim alternative la avort cât şi psihoterapie pentru femeile care au avut un avort în trecut şi sunt afectate de această traumă. Cel mai important aspect al consilierii femeilor cu sarcină nedorită este să le arătăm compasiune, dragoste şi acceptare, indiferent de starea lor civilă, vârsta, naţionalitate, stare materială sau convingeri religioase",[11] precizează dr. Cristina Valea, preşedintele Fundaţiei Provita Medica. Fundaţia mai oferă şi alte tipuri de servicii, cum ar fi: recomandări către agenţii de adopţii, educarea elevilor şi studenţilor pe tema sexualităţii, a sarcinii şi a sindromului postavort. Reprezentanţii acestei organizaţii au înaintat propuneri pentru proiectul de lege privind timpul de reflecţie asupra avortului, proiect legislativ aflat în faza dezbaterilor la Camera Deputaţilor (în mai 2003, a trecut de Comisia de Sănătate din Camera Deputaţilor).

Activităţi de acelaşi profil sunt susţinute şi de Asociaţia Filantropică Medical-Creştină „Christiana", prin Proiectul „Pentru viaţă", coordonat de dr. Christa Todea-Gross. Cu acordul Policlinicii Sf. Pantelimon şi al Clinicii de Obstetrică-Ginecologie, membrii fundaţiei (medici, asistenţi sociali, studenţi la Facultatea de Teologie Ortodoxă – Asistenţă Socială, psihologi şi preoţi ortodocşi) acordă consiliere familiilor aflate în criză de sarcină. Mamelor, care renunţă la avort, li se oferă sprijin material, constând în alimente, scutece, haine, precum şi ajutor financiar. Se acordă consiliere femeilor care vor să-şi abandoneze copilul din diferite motive, oferindu-le ajutor material şi financiar celor care îl păstrează. Asociaţia susţine cursuri în liceele din Cluj, despre consecinţele avortului, despre bolile cu transmitere sexuală şi „efectele secundare şi nocive ale contraceptivelor orale".[12] A creat, în acest scop, materiale informative pentru licee, prezentate sub formă de cursuri, CD-uri şi pliante.

Comparând activităţile celor două fundaţii coordonate de medici, se disting câteva diferenţe. Deosebirile apar la poziţia faţă de contraceptive. „Contracepţia

[9] Dosar Provita Media, nr.14, mai 2003, http://www.provita.ro
[10] Fundaţiile şi asociaţiile pro-vita, menţionate de noi aici, ne-au trimis materiale informative despre activitatea şi istoricul lor
[11] http://www.comparativereligion.com/provita2.html
[12] Scrisoare trimisă autorilor, 12 aprilie 2003

trebuie să facă parte din peisaj. Când vorbim despre avort, trebuie să vorbim şi despre alternative la avort. Eu am rămas foarte surprinsă când un medic spunea că alternativa la avort trebuie să fie confesiunea. Alternativa la avort trebuie să fie contracepția, trebuie să fie adopția. Trebuie să avem mari rezerve, însă, față de promovarea contacepției. Pentru că promovarea contracepției, în programele de educație sexuală, este o invitație directă la activarea vieții sexuale. Îi pui în mână omului lucrurile cu care ar putea să se descurce. Când se face într-un mod politizat, direct şi susținut, cred că trebuie să avem foarte mari rezerve față de promovarea contracepției", susține dr. Ileana Radu, vicepreşedinte al Asociației Medicilor Creştini din România.[13]

Acest punct de vedere, care caracterizează corpul medical românesc, capătă câteva particularități necesare, în viziunea dr. Christa Todea-Gross. Prin Proiectul „Pentru viață", ea insistă asupra efectelor nocive ale contraceptivelor hormonale: „Majoritatea elevelor care au început viața sexuală „consumă" acest medicament, fără ca cineva să le explice ce înseamnă el cu adevărat şi mai ales ce consecințe grave are asupra sănătății lor. Cunoştințele elevelor despre pilulă sunt practic nule. Tot ce ştiu elevele este faptul că previne o sarcină nedorită. Nu întotdeauna acestea sunt prescrise de către un medic. (...) Toate contraceptivele folosite actual sunt şi abortive, fiindcă ele nu acționează doar prin anularea ovulației, prevenind fecundarea, ci acționează şi la nivelul mucoasei uterine, unde provoacă asemenea modificări, încât oul fecundat (după un posibil eşec al pilulei) să nu se poată nida, fiind eliminat şi deci avortat. (...) Pilula acționează de asemenea asupra mucusului cervical secretat la nivelul colului uterin, modificându-i consistența pentru a împiedica ascensiunea spermatozoizilor. Rata de eşec al contraceptivelor este destul de mare (2-4% după unii autori, după alții mai mult), cazuri în care eleva rămâne însărcinată şi va recurge la avort «la cerere». Desigur, după ani şi ani de «consum» de contraceptive, numărul avorturilor «spontane» creşte, deoarece mucoasa uterină, care este mereu „bombardată" de efectul distructiv („distrofic" în termeni medicali) al hormonilor contraceptivi, nu reuşeşte să se regenereze în totalitate. Din această cauză care apar tulburări menstruale pe care din nou le tratăm cu «pilula». Iată un cerc vicios cauză-efect al acestui miraculos «medicament»."[14]

3. Centrele de consiliere şi alte tipuri de activități pro-vita

Din ansamblul centrelor de consiliere pentru femei cu sarcină nedorită, se distinge cel coordonat de Fundația Estera de la Timişoara, care este o organizație neguvernamentală, înființată în martie 1998, „ca o reacție la ceea ce s-a întâmplat

[13] Dosar Provita Media, nr.14, mai 2003, http://www.provita.ro
[14] Dosar Provita Media nr.28, septembrie 2003, la fel şihttp://www.dntcj.ro/NGOs/umanconstr/sf%20pantelimon.html

după revoluţie prin liberalizarea avortului: peste 1 milion de avorturi pe an." Mai bine de 1000 de femei au păşit pragul Fundaţiei Estera." Reprezentanţii fundaţiei (preşedinte, Rodica Paul-Faina) au organizat în ultimii doi ani, cinci conferinţe naţionale pe tema pro-vita, la care au fost invitate toate organizaţiile de acest profil din ţară. Conferinţa din noiembrie 2002 s-a centrat mai mult pe identificarea valorilor comune şi creionarea filozofiei de lucru a mişcări pro-vita din România.

Un grup destul de mare de organizaţii s-au specializat în activităţi de consiliere. Gama acestor servicii este foarte diversă, fiecare organizaţie aducând ceva în plus la peisajul general.

Fundaţia Iochebed a fost înfiinţată în iunie 1998, la Oradea, de către Sharon Herrera. În anul 2000, şi-a deschis alte două centre, unul la Braşov şi altul la Suceava, iar în 2002, unul la Alba Iulia. Oferă servicii „confidenţiale şi gratuite": test de sarcină, consiliere în criză de sarcină, în avort şi sindrom post-avort, în trauma abuzului sexual, consiliere maritală şi premaritală, informare şi educare despre sex, sarcină, avort şi contracepţie, vizionare de materiale informative, informare planning familial, BTS, intermedieri cu instituţii de ajutor social şi medical, pregătire pentru naştere şi gimnastică pentru femeile însărcinate.[15] În perioada iunie 1998-martie 2003, la Centrul Iochebed din Oradea, au avut loc 2725 de şedinţe de consiliere, majoritatea dintre acestea fiind pe tema crizei de sarcină. Din cele 300 de femei, care au avut test de sarcină pozitiv, jumătate dintre ele au fost necăsătorite. Un număr de 200 de femei, se gândeau la avort înainte de consiliere. Iar după consiliere, 50 dintre acestea nu şi-au modificat hotărârea. La Centrul din Braşov, până în martie 2003, au avut loc 2283 de şedinţe de consiliere. Din 232 de femei cu test pozitiv de sarcină,181 erau hotărâte pentru avort, înainte de consiliere. Dintre acestea, un număr de 78 au fost convinse să-şi păstreze sarcina. La Centrul Iochebed din Suceava, până în decembrie 2002, au fost consiliate 2200 de femei. Din cele 335 de femei cu test pozitiv de sarcină, 65 au păstrat sarcina, după consiliere. La centrul din Alba Iulia, pe parcursul anului 2002, au fost consiliate 490 de persoane, femei, cupluri şi grupuri de tinere. Din cele 42 de femei cu test pozitiv de sarcină, 4 au păstrat sarcina.

Asociaţia „Primul Pas", Iaşi, şi-a început activitatea în 1998. Coordonează un centru de consiliere pentru sarcini nedorite, de serviciile căruia au beneficiat 1300 de persoane. A iniţiat, în colaborare cu Maternităţile „Cuza Vodă" şi „Elena Doamna", un program de consiliere pre-avort, a dezvoltat un program de asistenţă socială şi rezidenţială şi un centru maternal, „Casa Estera", destinat tinerelor femei, cu probleme de familie şi socială, în perioada pre- şi post-natală. În anul 2000, a iniţiat, la Iaşi, primele manifestaţii în aer liber, pentru sensibilizarea opiniei publice cu privire la avort.

Fundaţia „Agape pentru ocrotirea vieţii", Cluj, înfiinţată în 1996, coordonează un centru de consiliere, care funcţionează din octombrie 1997. În perioada

[15] Scrisoare trimisă autorilor, 15 aprilie 2003

1997-2001, un număr de 270 de pacienți şi familii au apelat la serviciile centrului şi o sută de persoane au fost sprijinite pentru test de sarcină. Din aprilie 2001, a început un program de recuperare pentru copii cu nevoi speciale, la care participă voluntari de la secțiile de psihopedagogie şi psihologie ale Universității „Babeş-Bolyai". Are un grup de cercetare care prelucrează şi culege date clinice, în colaborare cu International Institute for Pregnancy Loss and Child Abuse Research and Recovery (SUA). A pregătit câteva lucrări pentru conferințe în țară şi în străinătate, pe tema sănătății mintale, cu referire la viața de familie şi creşterea şi educarea copiilor.

Asociația „Provita Braşov", care funcționează de patru ani, a fost fondată de William Livingston Desloge JR şi Margaret Barber Desloge, un cuplu de americani stabiliți în România. Are deschis un centru maternal, pentru femei însărcinate aflate în dificultate de sarcină sau pentru femei cu trauma avortului. Oferă o gamă largă de servicii, ce vizează protecția mamei şi a copilului. Colaborând cu mai multe biserici din Braşov, a desfăşurat câteva campanii de informare a populației, cu privire la efectele vieții sexuale în afara căsătoriei şi la traumele avortului. A creat un curs întitulat „Valori, moralitate şi caracter", ce consta într-un serial video de 14 episoade, de câte o oră fiecare. În activitățile de informare, mai folosesc broşuri şi postere. A organizat mai multe manifestații publice împotriva avortului, întitulate „Marşul vieții", desfăşurate, anual, pe 1 iunie.

Alte fundații, care desfăşoară servicii din această gamă, sunt: Fundația Clinica Provita Bucureşti, R.C.E. „Speranța Copiilor", Arad, „Guadalupe", Timişoara, „River of Life", Cornești, jud. Timiş, Fundația „Paşi spre viață", Târgu Jiu şi Centrul Caritas, Iaşi.

Asociația Pro-Vita Sibiu (pr.prof. Ilie Moldovan) îşi dedică activitatea „apărării vieții şi educării conştiinței morale şi comportamentului la cuplurile de familie, femei şi mame, în special, privind dreptul la viață a ființei umane, care trebuie să se nască". De la constituire (1992), a adoptat principiile şi drepturile copilului nenăscut, conform Declarației Congresului Mondial Pro-Vita de la Oslo (Norvegia, 1990). Asociația organizează seminare de bioetică şi eco-teologie şi un curs opțional pe teme din agenda pro-vita (educație sexuală, planificare familială, introducere în demografie, etapele vieții, introducere în genetică, neonatologie, tanatologie, eutanasie) şi din domeniul eco-teologiei. Împreună cu reprezentanții Sectorului de Asistență Socială al Arhiepiscopiei Sibiu, membrii asociației au înființat un centru de consiliere „deservit de către un preot – prin rotație, două ore pe săptămână –, timp în care acesta stă la dispoziția celor care ar dori să-l consulte prin telefon sau direct, asupra unor probleme privind naşterea de prunci sau pruncuciderea."

Organizează anual Universitatea de vară „Episcop-martir Nicolae Popovici", în cadrul căreia conferențiază personalități marcante din învățământul universitar şi preuniversitar. (În 2001, s-a dezbătut tema „De la educație la eroism şi de la eroism la educație – problematica educației vieții intime a adolescentului, elev de liceu".) De asemenea, organizează la Sibiu, anual, la 1 iunie, „Marşul vieții".

Centrul pentru Viaţă şi Familie „Bunavestire”, înfiinţat în 1991 (director, Marina Fara), funcţionează în strânsă legătură cu Arhiepiscopia Romano-Catolică din Bucureşti.[16] Activitatea acestei organizaţii, care se află în evidenţa Consiliului Pontifical „Pentru Familie”, este structurată pe trei secţiuni: cultura vieţii, mijloace naturale de reglementare a fertilităţii (maternitate şi paternitate responsabilă) şi familia creştină. Centrul pregăteşte instructori de specialitate şi susţine activităţi ce urmăresc promovarea valorilor familiei creştine.

Asociaţia Creştin-Umanitară „Slujirea vieţii”, Iaşi (preşedinte, prof.ing.Daniela Cadar), înfiinţată la 1 iunie 2001, pe lângă programele de consiliere, coordonează şi unele programe pe tema educaţiei sexuale, destinate adolescenţilor şi tinerilor. De asemenea, dezvoltă activităţi în mediul rural, urmărind sprijinirea comunităţii, „în vederea rezolvării nevoilor spirituale, sociale şi medicale ale familiei, prin mobilizarea resurselor comunitare”. În atenţia Asociaţiei ACU „Slujirea vieţii” mai intră şi problemele traficului de fiinţe umane şi cele ale abandonului copilului după naştere.

Asociaţia „Provita Media”, Bucureşti, înfiinţată la începutul anului 2003, editează săptămânal un buletin informativ in limba română („Dosar Provita Media”, http://www.provita.ro) şi, lunar, unul in limba engleză ("Newsletter Pro-Life Media"). Informaţiile sunt preluate din presa română şi străină. Larisa Ciochină (preşedinte) şi Constantin Iftime au realizat un dosar de presă pe problema avortului în România, folosind ca sursă literatură de specialitate şi informaţii culese prin anchete jurnalistice.

4. Perspectivele

Activitatea pro-vita a evoluat mult în ultimii ani în România. „Această mişcare a crescut sub ochii mei, timp de şapte ani, de când vin în România. În urmă cu şapte ani, erau două organizaţii de acest gen. Iar acum sunt 20 cel puţin. Din păcate, finanţarea vine doar din vest şi va fi foarte greu. „Trebuie timp ca aceste organizaţii să înveţe să colecteze fonduri. Şi e vorba de comunicare aici. Pe de altă parte, organizaţiile sunt condiţionate de aceste fonduri. Nu pot să lucreze pe alte proiecte decât cele pentru care sunt finanţate. Mai există şi posibilitatea ca aceste fonduri să nu ajungă acolo unde au fost destinate. Mişcarea pro-vita din România, ca un tot întreg, are un început foarte bun”,[17] declară Kelly Price, director executiv la Centrul SLM, din Fairfax, Virginia, S.U.A.

Aceeaşi părere este împărtăşită şi de Ileana Radu, reprezentanta Asociaţiei Medicilor Creştini din România: „Aş caracteriza mişcarea pro-vita ca o mişcare timidă şi intimidată chiar. Intimidată de toată mediatizarea sexualizării, care, de fapt,

[16] *Schematismul Arhidiecezei Romano-Catolice de Bucureşti. Anul jubiliar2000,* Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice de Bucureşti, 2000, p.322

[17] Dosar Provita Media, nr.14, mai 2003, http://www.provita.ro

constituie o mediatizare ce susține liberalizare sexuală, eliberată de orice restricții. Însă, în acelaşi timp, cred că mişcarea pro-vita din România face paşi siguri în acest context. După cum ştiți, reprezentanții s-au întâlnit în seminarii, în conferințe, şi se lucrează la standarde profesionale. Cred că peisajul românesc va fi mult îmbogățit şi mult însănătoşit în felul acesta."[18]

Participanții la Conferința organizațiilor pro-vita, organizată de Fundația „Estera", Timişoara (în perioada 10-12 mai 2003), căutând să impulsioneze evoluția mişcării, au susținut „dezvoltarea unei rețele naționale, bazate pe încredere şi sprijin reciproc, colaborare la care au fost invitate toate organizațiile care promovează valorile vieții umane",[19] se precizează în comunicatul dat publicității, la ultima conferință de la Băile Herculane (10-12 mai 2003). Conferința de la Băile Herculane a subliniat faptul că problema avortului, la nivel general, are „o semnificație mai mare şi cere un efort cu mult mai intens decât îl poate oferi oricare organizație în parte. Chiar şi rețeaua inițiată anul trecut se dovedeşte a fi firavă şi nu poate valorifica resursele umane şi materialele disponibile. Se impune faptul să ne concentrăm eforturile în vederea realizării unei coaliții naționale pro-vita."[20] La capătul acestei ultime întâlniri, cei aproape 40 de reprezentanți ai organizațiilor pro-vita din România au hotărât constituirea unui comitet de inițiativă pentru crearea rețelei naționale a organizațiilor pro-vita din România.

[18] *Ibidem*
[19] Dosar Provita Media, nr.16, iunie 2003, http://www.provita.ro
[20] *Ibidem*

Anexă

1. Asociația „Caritas”, Bucureşti, str. Gheorghe Misail nr.83, Sector 1, Bucureşti, Tel: 21/224.30.36; christiana@christiana.sorostm.ro; persoană de contact: pr. Alexandru Cobzaru, director general
2. Asociatia „Christiana”, Timişoara, str. Gh. Şincai nr.9, Tel: 0256/217.096; persoana de contact: pr. Vasile Secheres
3. Asociația creştin-umanitară „Slujirea vieții”, Tel: 0232/456793, e-mail: danielakadar@go.ro; persoană de contact: Daniela Cadar, preşedinte
4. Asociația filantropică creştin-ortodoxă „Sfântu Vasile cel Mare”, str. Domnească nr. 104, Galați, Tel: 0236/410.197; persoană de contact: pr. Gelu Aron
5. Asociația filantropică medical-creştină „Christiana”, Cluj-Napoca, Tel: 0264/421038; e-mail: policlinica@xnet.ro; persoană de contact: dr. Cristea Todea-Gross, coordonator de proiect
6. Asociația filantropică medical-creştină „Christiana”, Bucureşti, Şos. Pantelimon nr.27, Sector 2, Tel: 252.05.17; persoană de contact: dr. Pavel Chirilă
7. Asociația filantropică medical-creştină „Christiana” – filiala Cluj, Piața Avram Iancu nr. 18, Tel: 0264/431.004; persoană de contact: Carmen Bârsan
8. Asociația Medicilor Catolici din România, str. G-ral Berthelot nr.19, Sector 1, Bucureşti; dr. Rozalia Dănilă, preşedinte
9. Asociația Medicilor Creştini Timişoara, e-mail:m.radu@xnet.ro; persoană de contact: Dr.Ileana Radu, vicepreşedinte
10. Asociația „Paşi spre viață”, Târgu Jiu, Tel: 0253/223.495, hudulin@xnet.ro; persoană de contact: Sanda Hudulin, consilier
11. Asociația „Primul Pas”, Iaşi, Telefon: 032 / 277901, e-mail: casaestera@mail.dntis.ro, primpas@mail.dntis.ro; persoană de contact: Mihaela Simion, coordonator
12. Asociația Provita Braşov, Tel: 0268/251.173, e-mail: provitabv@xnet.ro; persoană de contact: Mariana Tache, asistent social
13. Asociația Provita Media, Bucureşti, Calea Moşilor nr.245-249, bl.49, sc.A, et.5, ap.15, Sector 2, Tel: 21/210.33.56, Sector 2, persoană de contact: Larisa Ciochină, preşedinte, e-mail: larisac@pcnet.ro; www.provita.ro
14. Asociația „Pro-Vita Sibiu”, e-mail: sebastian.moldovan@ulsibiu.ro; persoană de contact: Sebastian Moldovan
15. Asociația Provita, Vălenii de Munte, e-mail: asociataprovita@hotmail.com; persoană de contact: pr. Mihai Tănase, consilier
16. Asociația River of Life, Corneşti, Tel: 0740.790.995, e-mail: marygroze@hotmail.com; persoană de contact: Ileana Olaru, preşedinte
17. Centrul Caritas, Iaşi, e-mail: dcian@mail.dntis.ro; persoană de contact: Ramona Zapali, responsabil
18. Centrul pentru viață şi familie Bunavestire, Bucureşti, Aleea Râmnicu Sărat nr.3-5, Sector 3, 74542, Tel: 321.05.27; persoană de contact: Marina Fara, director

19. Fundația AGAPE pentru Ocrotirea Vieții, str. Moților, nr. 16, ap.4, Cluj-Napoca, Tel/fax:0264.430.382,e-mail: agape@mail.dntcj.ro; persoană de contact: dr. Agnes Konya
20. Fundația Clinica Pro-Vita, Cluj-Napoca, Bd. 21 Decembrie 1989, nr. 93, bl.L3, ap. 14, Tel: 0264/196.049, e-mail:provitacj@rdslink.ro, davidille@zapp.mobile.ro; persoane de contact: Carmen Nistor, coordonator; dr. David Ille
21. Fundația „Confident", Cluj, e-mail: confident@mail.dntcj.ro; persoană de contact: Daniel Popa
22. Fundația Estera, Timişoara, Tel/Fax: 0256/192.862, e-mail: estcons@mail.dnttm.ro; persoană de contact: Rodica Paul-Falina, preşedinte
23. Guadalupe Timişoara, e-mail: chisaraug@yahoo.com; persoană de contact: Gerda Chişărău, preşedinte
24. Iochebed Oradea, Tel: 0259/20129, e-mail: iochebed@rdslink.ro; persoană de contact: Dana Bagadar, psiholog
25. Iochebed Braşov, Tel: 0268/427125, e-mail: sperantabv@pcnet.ro; persoană de contact: Damaris Ungurean, psiholog
26. Iochebed Suceava, Tel: 0230/523380, e-mail: iochebed@e-suceava.com; persoană de contact: Mihaela Pintilei, coordonator
27. Iochebed Alba Iuilia, Tel: 0258/832483, e-mail: iochebed@apulum.ro; persoană de contact: Dana Ujvari
28. Pro-vita Bucureşti, Tel: 021/2235855, e-mail: cpvb@fx.ro; persoană de contact: Lavinia Calotă, psiholog
29. Pro-vita Medica Timişoara, Tel: 0723.440.393, e-mail: provita@mail.dnttm.ro; persoană de contact: Cristina Valea, preşedinte
30. R.C.E. „Speranța Copiilor", Arad, danagiuglea@yahoo.com; persoană de contact: Daniela Giuglea, coordonator

BIBLIOGRAFIE

Alexiu, Teodor-Mircea - "Părinți care își abandonează copiii", Timişoara, Editura Mirton, 2001

Ancăr, Virgiliu - „Obstetrică", Bucureşti, Editura Național, 1997

Anghel, Rodica - "Cancerul de col uterin", Bucureşti, Editura Amaltea, 1996

Astărăstoaie, Vasile, Trif, Almoş Bela - „Essentialia in bioetica", Iaşi, Editura Cantes, 1998

„A Way of Life, Affirming a pro-life culture in Northern Ireland", The Society for the Protection of Unborn Children, 2002

Badea, Iulian - "Consecințele nefaste ale avortului", Bucureşti, Editura Medicală, 1987

Bartoş, Daniela - *Sănătatea femeii şi a copilului şi protecția familiei în viziunea Ministerului Sănătății şi Familiei din România* în „Congresul Internațional «Familia şi viața la începutul unui nou mileniu creştin»", Bucureşti, 2002

Bărbătuş, Mihaela, „Pentru viață şi familie", în *Actualitatea creştină* nr. 5, 1993, p. 19

Berevoescu, Irina - „Schimbări în familia românească – o lectură a datelor demografice din perioada de după 1990", *Dilema* nr. 363, februarie 2000

Bibring, Grete L. - „Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy", *Psychoanalytic Study of the Child*, nr. 14, 1959

Blumenfield, M. - „Psychological Factors Involved in Request for Elective Abortion" în *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1978

Breck, John - "Darul sacru al vieții", Cluj-Napoca, Editura Patmos, 2001

Brende, Joel O. - "Fragmentation of the Personality Associated with Post-Abortion Trauma" în *Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change Newsletter*, nr. 8(3), iulie-august, 1995

Buburuzan, Leon, (coord.), "Starea tineretului din România", Bucureşti, Centrul de Studii şi Cercetări pentru Probleme de Tineret, 2001

Cates,W., Schultz, K., Grimes, D. - "The Risks Associated with Teenage Abortion", în *New England Journal of Medicine*, nr.309(11), 15 septembrie, 1983

„Cercetarea sănătății reproducerii. România 1993", Raport final martie 1995, CDC, IOMC, 1995

Chiovschi, Ştefan Ioan - „Obstetrică, ginecologie", Timişoara, 1997

Ciortoloman, Henriette - "Consecintele procedurilor abortive", *Sănătatea*, nr. 2, 1966

Conferința „Copiii de azi sunt părinții de mâine", România, Băile Herculane 24-27 oct., Timişoara, Editura Eurobit, 1996

Conger, S.B., Tyler Jr.,C.W., Pakter, J. A. - „Cluster of Uterine Perforations Related to Suction Curettage" în *Obstetrics and Gynecology* nr.40(4), octombrie, 1972

Coprean, Dina - „Genetica medicală", Cluj-Napoca, Editura Risoprint, 1996

Cramer, Friedrich - "Haos şi ordine. Structura complexă a viului", Bucureşti ,All, 2001

Crişan, Nicolae *et al.* - „Naşterea prematură", Bucureşti, Editura Infomedica, 2001

Dumea, Claudiu - „Omul între «a fi» sau «a nu fi». Probleme fundamentale de bioetică", Bucureşti, Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice, 1998

Dworetzky, John - "Introduction to Child Development", ediția a 6-a, San Francisco, CA, West Publishing Company, 1996

„Enciclopedia Larousse pentru părinți", Editura Aquila, Oradea, 1998

„Evoluția principalilor indicatori demografici în România în perioada 1989-2000", Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, 2001

Faro, S., Pearlman, M. - "Infections and Abortion", New York, Elsevier, 1992

Filipescu, Ion P. - "Adopția şi protecția copilului aflat în dificultate", Bucureşti, All, 1997

Floca, Ioan N. (Arhid. prof. dr.), "Canoanele B.O.R., legislație şi administrație bisericească" vol. II, Bucureşti

Friedlander, M.L., Kaul, T.J., Stirnel,C.A. - „Abortions: Predicting the Complexity of the Decision-Making Process" în *Women and Health*, nr. 9(l), 1984

Grady, John - „Abortion Yes or No?", Tan Books and Publishers, Rockfor, Illinois,1967

Graham, Janis - „Biblia femeii gravide", Ploieşti, Editura Elit, fără an

Hardison, Joseph E. - „Uninformed Consent and Terms Without Definitions", în *American Journal of Medicine*, iunie, 1983

Heisterberg, Lars - „Factors Influencing Spontaneous Abortion, Dyspareunia, Dysmenorrhea, and Pelvic Pain" în *Obstetetrics and Gynecology*, nr. 81, 1993

Helper, M., Cohen, R., Beitenman, E., Eaton, L. - "Life Events and Acceptance of Pregnancy" în *Journal of Psychosomatic Research*, nr.12, 1968

Horga, Mihai - „Contraception and Abortion in Romania", Backround paper for the strategic assessment of policy, programme and research issues related to pregnancy in Romania, dactilogramă, octombrie 2001

Iluț, Petre, "Familia – cunoaştere şi asistență", Cluj-Napoca, Editura Argonaut, 1996

Ionescu, Elena, "Embriologie umană", Bucureşti, Publishing Media, 1995

Kahn-Edrington M. "Abortion Counselling" în *The Counselling Psychologist* nr. 8(1), 2001

Kligman, Gail - „Politica duplicității.Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu", Bucureşti, Humanitas, 2000

Lask, B. - „Short-term Psychiatric Sequelae to Therapeutic Termination of Pregnancy" în *British Journal of Psychiatry*, nr.126, 1975

Lătăianu, Camelia-Manuela - "Social Policies for Protection of Abandoned Children", Bucharest BCS, 2001

Lawson *et al*. - "Fatal Pulmonary Embolism during legal induced abortion in the United States from 1972 to 1985" în *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, nr.162, 1990

Lumsden, Mary Ann şi Hickey, Martha (coord.) - „Totul despre sănătatea femeii", Colegiul Regal de Ostetrică şi Ginecologie, Bucureşti, Polimark, 2002

Lupea, Iulian - „Tratat de neonatologie", Cluj-Napoca, Editura Medicală Universitară „Iuliu Haţieganu", 2000

Mandelson, M.T., Maden, C.B., Daling, J.R. - „Low Birth Weight in Relation to Multiple Induced Abortions", în *American Journal of Public Health*, nr.82 (3), martie, 1993

Martino, Bernard - "Bebeluşul este o persoană. Povestea minunată a nou-născutului", Bucureşti, Humanitas, 2002

Maximilian, Constantin, Bembea, Marius, Belengeanu, Viorica - „Genetica/Început fără sfârşit", Timişoara, Editura de Vest, 2001

Mihăilescu, Ioan - "Consolidarea coeziunii familiale şi rata divorţialităţii", *Viitorul social*, nr.6, 1987

Mihăilescu, Ioan - „Familia în societăţile europene", Bucureşti, Editura Universităţii Bucureşti, 1999

Mihăilescu, Ioan, - Politici sociale în domeniul populaţiei şi familiei, în vol. „Politici sociale. Românii în context european", Editura Alternative, Bucureşti, 1999

Miles, John - „Etica Bibliei", Bucureşti, Editura Peniel, 2001

Mitrofan, Iolanda - „Schimbări şi tendinţe în structura familiei" în *Sociologia familiei*, nr. 2, 1999

Moberg, Peter J. - "Uterine Perforation in Connection with Vacuum Aspiration for Legal Abortion" în *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, nr. 14, 1976

Moisin, Anton - „Ocrotirea copiilor nenăscuţi", Sibiu, 1997

Moldovan, Ilie - „Darul sfânt al vieţii şi combaterea păcatelor", Bucureşti, Editura Institutului Biblic şi de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, 1997

„Mortalitatea maternă prin complicaţiile sarcinii, naşterii şi lăuziei în România", Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, 2000-2001

Moskoff, W. - „Pronatalist Policies in Romania", *Economic Development and Cultural Change*, nr. 28 (3), 1980

Mowrer, O. Hobart - „Sin, The Lesser of Two Evils" în *American Psychologist*, mai, 1960

Muntean, Ana - „Familii şi copii în dificultate", Timişoara, Mirton, 2001

Mureşan, Cornelia - „Evoluţia demografică a României/Tendinţe vechi, schimbări recente, perspective (1870-2030)", Cluj-Napoca, Presa universitară clujeană, 1999

Mureşan, Petru - „Nupţialitatea şi divorţialitatea în România, în context european şi în profil judeţean, în cea de-a doua jumătate a sec. XX", Bucureşti, 1996

Nicu, Mihaela Corina - „Introducere în bioetică", Bucureşti ,1998

Nine Month Miracle (CD ROM) , A.D.A.M. Software, Inc., 1600 RiverEdge Parkway, Suite 800, Atlanta, GA, 30328

Niţescu, Vasile - „Procrearea umană", Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică, 1999

Niţescu, Vasile - „Obstetrică şi ginecologie în practica medicului de familie", Bucureşti, Editura didactică şi pedagogică, 2002

Parkinson Lisa - "Separarea, divorţul şi familia", Bucureşti, Editura Alternative, 1993

Patapievici, Horia-Roman - "Omul recent", Bucureşti, Humanitas, 2001

Părintele Juvenalie - „Teroriştii uterului. Terorism ştiinţific şi etica începuturilor vieţii.Eseu de bioetică a gestaţiei", Bucureşti, Editura Anastasia, 2002

Pleşca, Doina, "Infecţia HIV la copii", Editura Amaltea, Bucureşti, 1998

Pop, Ioan Victor, Coprean Dina - „Genetica umană", Cluj-Napoca, Editura Risoprint, 2002

Popescu, Antonia - „Neonatologie/Noţiuni fundamentale", Cluj-Napoca, Editura Medicală Universitară „Iuliu Haţieganu", 2002

Protopopescu, Denisa Marina, Chard Tim, Ancăr Virgil (prof.) - „Infertilitatea. Fertilizare in vitro şi reproducerea asistată", Bucureşti, Editura Meteora Press, 2001

Raphael, B. - „Psycho-Social Aspect of Induced Abortion" în *Medical Journal of Australia*, nr. 2, iulie, 1972

Raguin, Yves - „Celibat pentru timpul nostru", Iaşi, Ars Longa, 1998

Raicu, Petre - „Genetica generală şi umană", Bucureşti, Humanitas, 1997

Reardon, D. *et al.* - "Suicide Deaths Associated with Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of 173,279 Low Income American Women" în *Clinical Medicine & Health Research*, 25 aprilie, 2001

Ricman, Ştefania - „Protecţia copilului aflat în dificultate în ţările Uniunii Europene", Fundaţia Internaţională pentru Copil şi Familie, 2001

Riggs, Virginia P. - „Regulating Abortion Services" în *New England Journal of Medicine*, 7 februarie, 1980

„Relansarea reformei în domeniul sănătăţii. Programe prioritare de sănătate pentru anul 2002", MSF, CNAS, Snagov, 5 decembrie, 2001

„Relansarea reformei în domeniul sănătăţii. Strategii naţionale în domeniul sănătăţii", Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, Snagov, 5 decembrie, 2001

Sarler, C. - „Shame About the Babies: Why Romania Has to Learn To Care", *Sunday Times Magazine*, 20 ianuarie, 1991

Schmidt, R., Priest, R.G. - "The effects of termination of pregnancy: A follow-up study of psychiatric patients" în *British Journal of Medical Psychology* nr.54, 1981

Scripcaru, Gheorghe *et al.* - „Bioetica, ştiinţele vieţii şi drepturile omului", Editura Polirom, Iaşi, 1998

Seaudeau, Jacques (Mons.) - Le probleme de l'euthanasie, de l'avortement et de SIDA dans l'Europe de l'Est în „Congresul Internaţional «Familia şi viaţa la începutul unui nou mileniu creştin»", Bucureşti, 2001

Şerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.) - „Studiul Sănătatea Reproducerii România 1993", Raport final martie 1995, CDC, ARSPMS,1995

Şerbănescu, Florina; Morris, Leo; Marin, Mona (coord.) - „Studiul Sănătatea Reproducerii România 1999", Raport final martie 2001, CDC, ARSPMS, 2001

Shepard, M., Bracken, M. (1979) "Contraception and repeat abortion" în *Journal of Biosocial Science*, nr.11, 1995

Speckhard, A.C.; Rue, V.M. - "Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern" în *Journal of Social Issues*, nr. 48(3), 1992

Stössel, Pius - „Myriam, de ce plângi? Sau trauma avortului", Timişoara, Fundaţia Pro Vita Medica, 1998

Swiger M. *et al.* - „Interview Follow-up of Abortion Applicant Dropouts" în *Social Psychiatry*, nr.11, 1976

Szabo, Judit - "Diagnosticul antenatal", Timişoara, Eurobit, 1998

Tamian-Kunegel, I. - „L'interruption volontaire de grossesse a répétition" în *Gynecology, Obstetrics, Fertilization*, nr. 28, 2000

Teclici, Valentina - „Vina de a fi copil al străzii", Bucureşti, Editura Oscar Print, 1998

Teitelbaum, M.S. - „Fertility Effects of the Abolition of Legal Abortion in Romania", în *Population Studies* 26 (3), 1972

"The FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health", Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics / Gynaecology, FIGO, august, 2000

Toader, Cornel - "Dragoste sau violenţă în medicină?", Cluj-Napoca, Napoca Star, 1999

Trebici, Vladimir - „Fertilitatea şi statutul social al femeii", *Viitorul social* III (3), 1974

Trebici, Vladimir - „Genocid şi demografie", Bucureşti, Humanitas, 1991

Tudose, Cristian, Maniu Mrilena, Maniu, Călin - „Genetica umană", Iaşi, Corson, 2000

Vârtej, Petrache - „Ginecologie”, ed. II-a, revăzută şi adăugită, Editurile All, Bucureşti, 2002

Vlădăreanu, Radu (ed.) - „Afecțiunile medicale asociate sarcinii”, Editura Infomedica, Bucureşti, 1999

Voinea, Maria - Familia în societatea de tranziție, în vol. „Congresul Internațional «Familia şi viața la începutul unui nou mileniu creştin»”, Bucureşti, 2002

Zamfir, Cătălin (coord.) – “Dimensiuni ale sărăciei”, Editura Expert, Bucureşti, 1995

Zanc, Ioan - „Bioetica medicală/Principii, dileme, soluții”, Editura Medicală Univeristară „Iuliu Haţieganu”, Cluj-Napoca, 2001

Zanoschi, Ch. - „Embriologie generală”, Iaşi, 1997

Summary

The book "A Vision of Life" was conceived as an analysis - of the highest importance - of the real life of unborn children in Romania. This area has been darkened by myths, created by the press especially. The mass media have limited the spreading and sharing of pro-life views, which many people may have. It drew attention only to the breathtaking aspects of the problem, always speaking the same language as pro-abortion organisations, which promote a hedonistic way of life, by using abortifacient contraception.

The most innocent humans in Romania have suffered, particularly since 1989. That is why, in order to illuminate the situation, the authors have tried to build a proper understanding of life, and in favour of life.

The first chapter, "Life in the womb", describes the life of the unborn baby. The authors present several fundamental arguments supporting the unborn child's humanity. The main idea is that human life is continuous from natural conception and must be respected.

The modern inclination in favour of death, which starts from ignorance and lack of consideration towards life, is emphasized. The contemporary trivialization of abortion represents a sign of the culture of death.

The authors base their arguments for the humanity of the unborn child on many facts offered by medicine, and by science in general. The tragedy of abortion is emphasized by the sensitivity of the unborn baby. Each phase of pregnancy is described, with arguments by loving and believing scientists. Such knowledge of life in the womb is needed by young and old alike, to strengthen family responsibility.

The link between the mother's and child's health is shown, specifying the factors that can endanger the life of the unborn baby. Romanian doctors show that many pregnant women in Romania have anaemia and consequently their children have rickets. Also, the risks of alcohol and smoking during pregnancy were shown. The attitude about premature birth needs to change in Romania, taking into account the progress on the international level. Although premature births do not exceed an average of 10% of all births, it is obvious that the number of deaths from this category is very high (70%, i.e. 3,059 in 2000).

"Problems of abortion" reflects the detail of abortion (the second chapter). Officially, the number of abortions decreased since 1993, from nearly one million abortions to almost 260.000 in 2000. At the beginning of the '90s, three abortions for each live birth were registered; in 1998, the ratio was 1:1.1. However, according to a Ministry of Health official, many private units do not report all abortions

(approximately 80.000 abortions were not recorded in the health statistics, in 2001). The great number of abortions implies a high mortality rate, and Romania held the first position in Europe for abortion related death rates in 2000 (16 per 100,000 live births).

Romania continues to be a special case on the world level, and this situation was encouraged by the liberal legislation passed at the end of 1989 and by corrupted by communism mentalities. The positions of the government, political parties and different medical organizations are given, taking into account changing mentalities. The authors present briefly the positive development in Poland, after the ban on abortion, which might serve as a model for Romania.

Since 1990, both the official institutions and many non-governmental organizations, internal and international, have aggressively promoted contraception, as a method of diminishing the number of abortions. As it is shown in the chapter "Contraception", the fatal consequences have been overlooked. The increase in use of contraception, especially among teenagers, escalates the number of abortions, because of more sexual activity in consequence.

In the chapter "Artificial Fertilization", the ethical issues implied by the use of artificial fertilization are described. The development of legislation, which permits embryo experimentation, is examined. The openness towards the European Union tends to extend the culture of death. The use of the new technologies in developing countries for genetic prenatal diagnosis to detect deficiencies in unborn babies and, consequently to abort the handicapped, proves the eugenic mentality is easily accepted. More information and ideas should be spread in Romania in order to change the eugenic mentalities and the negativistic views on life.

The chapter "Religious perspectives" presents the positions of the Christian churches and of other religions from Romania. The 6th chapter describes how abortion legislation has developed in the world and in Romania. The authors have tried to underline the way different manipulations take place in the name of "medical" and "back-street abortions".

Romanian society is particularly vulnerable to the culture of death. In the 7th chapter, "Failure of the communist policies", the authors show why the restrictions in law have no positive effect. All communist policies have ignored the real problems of the human being, in trying to remove all Christian concepts of life in favour of a materialistic one. The value of a child had been appreciated as labour, which could assure economic and social progress. The failure of the utopian programmes could be seen in the human and material degradation of the status of human beings. The policies of children in institutions ended in the explosion of "street children" and epidemics of HIV/AIDS. The 8th chapter gives a retrospective view on the traditional Romanian family and a short analysis of the present situation.

"The consequences of abortion", the largest chapter of the book, explains women's ignorance regarding abortion and its upshot on their physical and mental health. The authors stipulate the need to inform women and adolescents. Details

exclusive to Romania are presented, as well as the whole range of dangers implied by abortion and contraception. The immediate and long term consequences on physical and mental health are underlined. The authors refer to many books, so that those interested may deepen their knowledge. Arguments are offered for an adequate model of sex education in family and schools, based on Christian and moral values. The problem of euthanasia is given a special place in this chapter and the authors underline the link between the euthanasia and abortion. The attitude of many churches and religions from Romania is presented.

In last chapter, the 10th, an analysis of pro-life activities is given. After 1990, several attitudes were noticed, which warned of the worsening abortion situation in Romania. Unfortunately, these ideas were not given much attention. In recent years, many counselling ministries have offered their services. The authors hope the ideas and information in this book, based on the reality in Romania, will be of use especially to those who share Christian ideas of life. Through this book, and by the weekly electronic news bulletin "Dosar Provita Media" and its monthly English version, "Newsletter Pro-Life Media", the authors wish to widen the way of better information.